Quaderns per a la Inclusió Social, 6

inclusió

L'atenció centrada en la persona. Un enfocament des del treball social

M. Victòria Forns Fernández
Claudia M. Anleu Hernández (dirs.)

[publicacions] urv

L'atenció centrada en la persona. Un enfocament des del treball social

M. Victòria Forns Fernández
Claudia M. Anleu Hernández
(directores)

[publicacions] urv

Tarragona, 2019

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 · 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat

1a edició: juliol de 2019
ISBN URV (paper): 978-84-8424-801-9
ISBN URV (PDF): 978-84-8424-802-6

DOI: 10.17345/9788484248019
Dipòsit legal: T 970-2019

Cita el llibre.

Consulta el llibre a la nostra web.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili és membre de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas i de la Xarxa Vives, fet que garanteix la difusió i comercialització de les seves publicacions a nivell nacional i internacional.

Índex

Presentació

Maria Victòria Forns Fernández
Claudia María Anleu Hernández

El número que a continuació presentem és fruit de la IX Jornada de Treball Social duta a terme al desembre de 2017 a la Universitat Rovira i Virgili. Aquesta sessió està destinada al món professional, a l'acadèmic, als estudiants de grau i postgrau de la URV, i ha esdevingut en un espai permanent i continuat d'actualització, perfeccionament, reflexió i debat sobre qüestions d'interès per al món del treball social i de tots aquells agents que operen en aquest escenari. Es tracta d'un espai en què el vessant acadèmic i el professional entren en el debat sobre les realitats en què treballem, les metodologies que utilitzem i la innovació necessària en la intervenció social.

La IX Jornada es va dedicar a reflexionar i debatre des d'experiències concretes, sobre l'aplicació de l'enfocament de l'atenció centrada en la persona (ACP). Aquesta dedicació té l'origen en la psicologia humanista, que es basa en la teràpia centrada en el client desenvolupada per Carl Rogers (Rogers 1961) i pren el nom de la traducció de l'anglès Person-centrred Care. Durant els darrers anys, l'ACP ha estat considerada un element clau per aquells qui treballen en l'àmbit de la salut amb persones de la tercera edat discapacitades i també en el camp social amb persones vulnerables o en risc d'exclusió social (Collins 2009; Brownie, Nancarrow 2013; López, Marín, De la Parte 2004; Martínez 2013).

L'atenció centrada en la persona es fonamenta en un conjunt de principis que orienten la intervenció social en les capacitats, competències, experiències, valors, coneixements i reconeixement d'un mateix per arribar a l'apoderament necessari i prendre decisions relacionades amb el canvi o

transformació de les seves vides. Així, el reconeixement de la singularitat de cada persona, la necessitat de conèixer cadascuna de les biografies, la capacitat de prendre decisions i la rellevància que pot tenir l'entorn són alguns dels seus principis (McCormak 2004; Martínez 2013).

Aquests enunciats coincideixen amb els principis bàsics del codi deontològic del Consell General de Treball Social, inclosos en la Declaració universal de drets humans, entre els quals destaquen la dignitat, la llibertat i la igualtat de cada persona com a eixos essencials per a la intervenció social. A més a més, el treball social, com a professió de l'acció social, busca el canvi, l'enfortiment i la millora de les persones. Aquest objectiu té com a premissa de fons, igual que l›enfocament de l'ACP, que les persones són capaces de canviar i que totes les persones tenen capacitats, fortaleses i recursos interns (Palma-García, Hombrados-Mendieta 2013). Això suposa donar veu a la persona, respectar-li la dignitat i fer possible la participació activa i efectiva des de l'acompliment dels seus drets i deures, és a dir, des de l'assumpció de les seves responsabilitats.

Així, en aquest número, hi trobareu vuit articles de les dotze experiències presentades a la IX Jornada de Treball Social que va tenir lloc a la URV. Tots els autors són majoritàriament professionals del treball social i d'altres disciplines que fan intervencions directes amb diversos col·lectius vulnerables, com persones sense sostre, amb malalties mentals i discapacitats, tercera edat, joves en situació de risc i víctimes de violència masclista.

En els articles es descriuen i s'analitzen els nous perfils d'usuaris que s'han generat fruit dels canvis socials derivats de la crisi socioeconòmica recent. Aquesta realitat obliga a repensar cada cop més el models d'intervenció i a concentrar-se en les persones per poder millorar-ne la qualitat de vida i el benestar.

Obre aquest número de *Quaderns d'Inclusió Social* el resum de la conferència inaugural de la Jornada, a càrrec de la Sra. Núria Carrera i Comas, treballadora social i expresidenta del Col·legi de Treball Social de Catalunya. Sota el títol "L'acompanyament per a l'exercici de la dignitat de les persones", Carrera fa un repàs de la importància que té l'esperança com la clau que obre la porta de la dignitat de les persones i dels grups. Un respecte que és el motor del procés d'intervenció i ha d'anar acompanyat d'una aliança política compromesa amb els drets humans,

d'una millora de la capacitat d'atenció cap a les persones i d'un esforç real per respondre a les necessitats de la gent "aquí i ara" de la manera més ràpida possible.

La segona part d'aquesta publicació recull el contingut de les comunicacions d'experts en intervenció social i educativa que van participar en les dues taules rodones sobre "Pràctiques d'intervenció centrades en la persona", organitzades per àmbits.

El primer article el signa Albert Briansó Solé, que comparteix la seves reflexions al voltant de l'experiència com a coordinador del Programa de seguiment individualitzat per a persones sense sostre amb trastorn mental greu. Andreu López fa una proposta per atendre la sexualitat i l'afectivitat de les persones amb discapacitat en centres residencials. Arantxa Salvat Besora, treballadora social del Servei de Suport a la Família Extensa (SIFE) amb experiència laboral en un Equip d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA), analitza com des dels nous recursos creats és possible millorar l'atenció centrada a la persona. Joan Manel Arca i Yolanda Domingo expliquen el programa de serveis individualitzats (PSI) com a eix de l'apoderament i la integració comunitària en les persones diagnosticades de trastorn mental. Liliana Carballo Sardegna reflexiona sobre el canvi de mirada en la intervenció individual, familiar i grupal de dones víctimes de violència masclista. L'equip de treballadores socials del Departament de Benestar del Consell Comarcal del Tarragonès analitzen l'aplicació d'aquest enfocament en el programa Reconnecta't dirigit a combatre la pobresa energètica. Finalment Toni Guerra, director del grup STS Assistencial (Centres Sociosanitaris i Residències Assistides) reflexiona sobre el repte de posar la persona en el centre de l'atenció residencial.

Els articles mostren àmbits molt diversos d'intervenció provinents tant d'entitats públiques com privades, tots amb un denominador comú: el compromís per aplicar l'enfocament de l'atenció centrada en la persona.

Finalment, volem donar les gràcies a totes les persones que, a més d'haver contribuït a l'èxit de la IX Jornada amb la seva participació, han dedicat temps i esforç a escriure les experiències i reflexions al voltant d'aquest enfocament. Sens dubte, les seves aportacions resulten especialment valuoses per als qui treballem amb persones en situació de dependència, vulnerabilitat o exclusió, i esperem que resulti una eina útil per millorar la intervenció social.

Bibliografia

Brownie, S.; Nancarrow, S. (2013). "Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic re-view". *Clinical interventions in Aging,* 8:1-10.

Collins, J.H. (2009). *The person centered way*. Lexintong KY.

López, A.; Marín, A.I.; De la Parte, J.M. (2004). "La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la pràctica". *Siglo Cero*, 35 (1), núm. 210.

McCormack, B. (2004). "Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literatura". *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31-38.

Martínez Rodríguez, T. (2013). "La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las persones mayores". *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 4, 209-231.

Palma-García, M.; Hombrados-Mendieta, I. (2013). "Trabajo Social y resiliencia: revisión de elementos convergentes". *Portularia*, 13 (2), 89-98. DOI: 10.5218/prts.2013.0021

Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: a Therapist's of Psychotherapy*. Londres: Constable.

L'acompanyament per a l'exercici de la dignitat de les persones

Núria Carrera i Comes

Resum
Aquest és un article reflexiu, que ens invita a repensar la intervenció dels treballadors socials, des del reconeixement de la dignitat de les persones i el valor de la esperança. Proposa tres maneres d'acompanyar als usuaris amb el compromís necessari per a la transformació i aposta per l'atenció centrada en la persona com una metodologia que ens permetre l'autodeterminació de les persones, grups, i comunitats.

Paraules clau
Treball social, dignitat, compromís

Abstract
This article reflects on social workers, and it encourages us to think about their intervention from the perspective of human dignity and the value of hope. The article presents three ways to help users to commit to change. The text looks at attention focused on the individual as a methodology that allows the self-determination of persons, groups and communities.

Keywords
Social work, dignity, commitment

Per començar, voldria comentar què significa per a mi i per al treball social la paraula *esperança*. Cal tenir present que la dignitat sempre va acompanyada de l'esperança; i aquesta, per ser efectiva, per modificar i per ser motor de les nostres vides, ha d'anar acompanyada de l'apoderament de les persones. Per acompanyar la dignitat de les persones no tenim cap més remei que buscar novament els valors del treball social. Cal rebuscar-los; perquè en tenim molts, encara, per redefinir, per sentir i per reformular. Estic segura que des del valor del treball social trobarem camins i dreceres per acompanyar i enfortir-la.

Per això un dels reptes és poder explicar la història més enllà del sentir de la persona. Per poder fer aquest pas, proposo anar novament cap a l'esperança. Una esperança com una intenció de futur; amb els desitjos que amb el cor obert puguem afrontar la incertesa i travessar la inseguretat. L'esperança sempre mira el futur. L'esperança, que està sempre ubicada en un espai d'incertesa i d'acceptar que no se sap què passarà després, és cada vegada més exigent.

Des del treball social hem de voler en el nostre dia a dia entendre quan estem acompanyant les comunitats, els col•lectius, les persones que atenem; totes elles tenen una porta oberta d'esperança, que és la que nosaltres hem de començar a recórrer amb ells. I aquesta porta obre l'exercici lliure de la seva dignitat. De tal manera que aquest exercici de mirar a l'esperança ens porta també a reflexionar i pensar juntament en què és l'apoderament.

De moment, hem d'entendre que la esperança ens obre. Però hem de tenir present també que sempre que fem treball social som davant de gent amb esperances de canvi. Així que l'apoderament tindrà a veure segurament amb el sentit, primer, de reconèixer que l'esperança és un motor i que aquesta esperança s'ajusta a una realitat d'oportunitats reals de fer créixer la nostra vida quotidiana i de les persones que atenem.

L'apoderament el fem créixer d'acord amb les fonts que hem anat treballant aquests anys. Especialment en aquests últims vuit anys. Ens apoderem i ens fem fortes quan donem estabilitat, capacitats; quan donem vincles. Sentim que podem quan creixem en estabilitat: podem caminar, podem saber, notem les capacitats, les podem fer créixer i fem vincles; perquè sense vincles no hi ha apoderament. De fet, l'apoderament

ens permet fer el propi relat de cadascú de nosaltres, i ens acompanya perquè la nostra biografia tingui fortalesa amb dignitat.

Ara, el treball social ho ha de fer amb contundència, ara és moment de fer-ho amb més contundència. És responsabilitat del treball social la cerca i l'acompanyament de l'autodeterminació dels col•lectius vulnerables per exercir la seva dignitat. De fet, aquesta seria la nostra matriu. La nostra professió té una certa militància en el sentit de compromís amb la gent i forma part de l'ADN treball social.

Els compromisos amb la dignitat

Hem de partir que el compromís sempre és amb la ciutadania, amb les persones que estem atenent, amb els col·lectius que volem servir. Per reconèixer aquesta dignitat, i per tant per comprometre-s'hi, proposo algunes idees que com a mínim el professional hauria de tenir present.

En primer lloc, s'ha de compartir amb la gent que atenem la necessitat de donar respostes immediates. Sé que això no està ben vist, però des del punt de vista professional si parlem de dignitat no podem dir que això es farà després a les persones que s'apropen cercant ajuda. Des del treball social hem de donar respostes en l'aquí i ara, encara que no es pugui resoldre del tot la necessitat o problemàtica. Si de veritat volem acompanyar la gent en la seva dignitat, no pot ser que no hi hagi una resposta contundent en l'aquí i l'ara. I si no l'estem donant, hem de fer notar com a professionals que això no s'està fent i que, per tant, no fem treball social. Aquesta és una primera part del compromís per la dignitat de les persones, que és molt rellevant i que ens pot ajudar molt en les nostres intervencions diàries. Diàriament, quan fem una intervenció en l'aquí i en l'ara, hi ha d'haver una resposta d'allò que ens estem plantejant. Encara que no sigui la millor, ni la total, però ha de tenir resposta.

La segona és un compromís per dignificar cada vegada més la nostra atenció. Si volem dignificar, si volem que la nostra manera de fer dignifiqui i doni la llibertat de la gent de ser digna, nosaltres hem de millorar la nostra capacitat d'atenció. Cal fer-ho diàriament també des de nostra posició d'eficàcia diària, de compromís. Es tracta de compartir amb la gent. Som una de les poques professions que estan disposades

que les persones que s'acompanyen puguin compartir la creació de coses noves, encara que no sàpiguen exactament el què. Això és molt innovador, i ens porta al compromís de posar en crisi les nostres pràctiques professionals. Prou de no voler afrontar el compartir les nostres pràctiques professionals, que hem de posar en crisi. No creixerem des del punt de vista d'acompanyar si no fem una revisió profunda, valenta i neguitosa (en el sentit de no parar) de la revisió de les nostres pràctiques.

I per últim, s'ha de fer una cerca conscient i seriosa d'una aliança política des d'un compromís amb els drets humans. El treball social no pot ser neutral davant situacions de desigualtat social. D'alguna manera els professionals han de demostrar públicament el seu compromís amb els drets humans de totes les persones, i encara més dels qui atenen.

D'altra banda, per fer tangible el nostre compromís amb l'acompanyament de la dignitat, proposo: 1) Lluitar contra l'exclusió de tecnologia: apostar realment per la innovació, tant dels professionals com dels mateixos usuaris. 2) Créixer en transferència, donar comptes i tenir una ètica de l'aprofitament del recursos. 3) Localitzar els graons de l'esperança. És a dir, que quan acompanyem en l'esperança hem d'identificar el procés, per assolir els drets de les persones.

Però aquest tipus d'acompanyament té costos, que s'han de conèixer i acceptar conscientment. No podem negar que es produeixin diferents tipus de costos: personals i també institucionals. Als professionals compromesos que col·loquen l'empatia en cada intervenció, això els genera molt cansament (psicològic). I també hi ha un cost institucional quan es vol acompanyar de veritat la dignitat de les persones. Lamentablement, s'ha de dir que moltes de les institucions ho fan molt lentament, i a vegades fins a tot en contra de la mateixa dignitat de les persones.

Eines per compensar aquests costos

- Mitjançant la supervisió, com a eina fonamental de treball.
- La reivindicació de l'exercici de la professió; perquè encara que pot ser difícil, això allibera costos.
- Suport entre professionals, encara que això comporti deixar egos i l'individualisme.

- El treball en equip és fonamental perquè permet obrir debat, confrontació i batalla (per créixer): el bé comú que ens ajunta ens permet ser mes eficaços.

Metodologia

Aquí és on l’atenció centrada en la persona pot ser clau, perquè és una manera diferent d'enfocar el treball. Es basa en la persona com a motor del procés d'intervenció. Encara que freqüentment s’ha centrat més en l’individu, també inclou els grups i les comunitats. Per aquesta metodologia, la persona i la comunitat es configuren com el motor del seu propi procés d’atenció.

D’alguna manera, reprenent el que hem dit, es tracta de preservar una autonomia moral de l’exercici de la seva dignitat. Cal reduir la situació de fragilitat i permetre l’autodeterminació de les persones, els grups i les comunitats.

Concretament, cal repensar i recol·locar el treball social, des d’un espai generador d’acompanyament i apoderament dels drets. Es pot fer des d’espais públics, com ara els mateixos serveis socials. Però també s’ha de fer des de la política i des dels equips. S’ha de créixer en projectes per a tothom, i ser valent fent visible la gent amb les seves possibilitat i limitacions. Els equips de professionals només podran ser forts si creixen en reptes, en xarxes, i si innoven en l’atenció a la persona, i amb l’ètica de l’aprofitament dels recursos. En altres paraules, es tracta d’una atenció que treballi per la dignitat de les persones.

Per això creiem que ara és el moment de reorganitzar-nos; de buscar el plus de la cooperació. És el moment de defensar un optimisme, militant i no ingenu. Optimisme compromès per acompanyar la gent en la dignitat.

Pot semblar que des de l’actual context a Catalunya, on els serveis públics s’han ressentit, no es pot fer aquest tipus d’acompanyament... Però no és cert. Al contrari: és ara. Es necessita el compromís polític dels professionals, s’ha de créixer i canviar en el procés català.

És clar que per fer aquesta aposta cal tenir present tant les fragilitats del sistema de serveis socials com les seves capacitats. Hem de ser realistes: el sistema encara fa poca acció veritablement comunitària; la des-

centralització del serveis no acaba d'estar ben resolta; hi ha una manca de protocol, i també n'hi ha que es poden considerar poc humans i inútils; i els sistemes d'informació i comunicació encara són incipients i molt fràgils. Però no es pot oblidar que els professionals tenen la capacitat de crear vincles amb la persona; existeix un compromís amb la professió; hi ha un espai de treballar en xarxa i també la capacitat de mobilització, ja que estem en el terreny i podem ser experts en l'acompanyament.

Per acabar, encara que soc conscient que caldria desenvolupar-les més, proposo molt breument algunes accions que podem fer com a professionals compromesos amb el creixement d'un treball social centrat en la persona i, sobretot, per la seva dignitat. Els professionals necessitem fer l'esforç de créixer en transparència/transferència, s'ha de tractar de fer noves aliances amb els moviments socials com una forma d'apoderament, cal visibilitzar projectes concrets locals, posar en crisi les nostres pràctiques professionals en el sentit que he dit abans, estar orgullosos del nostre saber com a professionals del treball social i intentar fer canvis cada dia en l'aquí i l'ara. D'aquesta manera, crec que estaríem treballant veritablement per l'esperança, l'apoderament i la dignitat de les persones.

La dignitat de la persona. L'atenció centrada en la persona

Albert Briansó Solé
Treballador social. Grupanalista

Resum
Aportaré algunes reflexions sobre uns quants aspectes a tenir en compte quan treballem amb població exclosa i en situacions de gran precarietat i desigualtat social, especialment la precarietat econòmica que determina que una part important de la població atesa acabi identificant-se amb l'etiquetatge social comú (malalt mental, sensesostre, discapacitat, etc.) per tal de poder cobrir les necessitats bàsiques d'higiene, allotjament i alimentació.

Degut a l'enorme variabilitat i complexitat d'aquestes situacions, intentaré centrar-me en aquells aspectes que utilitzo en el dia a dia per facilitar la recuperació de la persona atesa i en aquells determinants socials que impedeixen (paradoxalment) la recuperació de la seva identitat social com a persona (la falta d'oportunitats i la precarietat econòmica, com a variables principals).

Paraules clau
Desigualtat social, suport emocional, precarietat

Abstract
I will provide some reflections on certain aspects that need to be considered when working with an excluded population and in situations of great precariousness and social inequality, especially the economic precariousness that determines that an important part of the employed population ends up identifying with the social labelling at use (mental illness, homelessness, disability, etc.) in order to cover basic needs like hygiene, accommodation and food.

Since these situations are really varied and complex, I will try to focus on the everyday solutions I use to facilitate the recovery of people in my care. I will also focus on those social determinants that paradoxically prevent the recovery of their social identity as an individual, with a lack of opportunities and economic uncertainty being the main variables.

Keywords
Social inequality, emotional support, precariousness

Pero al fin el único misterio era el de la pobreza, que hace de los hombres seres sin nombre y sin pasado, que los devuelve al inmenso tropel de los muertos anónimos que han construido el mundo, desapareciendo para siempre

Albert Camus, *El primer hombre*

Aquestes reflexions surten de l'experiència de treballar com a coordinador de programa individual al "Programa de seguiment individualitzat per a persones sense sostre amb trastorn mental sever". El "Programa de seguiment individualitzat per a persones sense sostre" s'integra en l'equip de salut mental per a persones sense sostre (ESMESS), entre el Departament de Salut Mental de Sant Pere Claver Fundació Sanitària i els Serveis de Salut Mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. L'equip realitza una atenció integral en salut mental a les persones sense sostre amb trastorns mentals greus que són ateses pels serveis socials específics de l'administració municipal d'aquesta població i sense llar a la ciutat de Barcelona.

En relació a l'estructura social actual, observem una dificultat creixent en els mecanismes d'ascensió social que provoquen que en la nostra societat cada cop sigui més exclosa de l'organització social la població amb menys recursos econòmics mitjançant l'aïllament que provoca el fet de no tenir o no poder mantenir grups de pertinència social, com ara tenir feina, relacions íntimes, relacions d'amistat, etc. La pèrdua gradual d'aquestes relacions socials fa incrementar la precarietat relacional i econòmica de la persona.

Actualment conviuen models diferents d'atenció, com ara un MODEL SEGREGACIONISTA versus un MODEL INTEGRADOR.

En relació a les persones amb trastorn mental, que ja pateixen un aïllament relacional com a conseqüència del seu malestar, se'ls empitjora la situació quan es troben sense sostre, ja que es converteixen en possibles víctimes d'abusos en els diferents circuïts de marginació existents. A banda, massa vegades experimenten el rebuig per part dels professionals que els atenen des de les diferents xarxes d'atenció sanitària i/o de serveis socials.

Les expectatives socials dipositades i el pronòstic de la situació d'una persona diagnosticada determinen de manera molt alta la seva possible recuperació.

Això implica que tot apropament excloent es queda al marge de la possibilitat de realitzar un tractament centrat en la persona, entenent el treball terapèutic que realitzem com una relació de suport emocional que convida la persona a generar la interrelació necessària que posteriorment permeti la creació d'un vincle terapèutic estructurador:

Així s'inicia un procés de tractament relacional i de recuperació (redesenvolupament de recursos joics) i de reconeixement de la identitat social de la persona.

Metodologia utilitzada

- Atendre la persona individualment allà on es trobi: regularment, albergs municipals, hospitals psiquiàtrics, serveis especialitzats, etc.
- Establir i mantenir l'aliança terapèutica. És molt important treballar el vincle relacional.
- Facilitar les relacions amb el seu context immediat per tal d'iniciar la desestigmatització de la persona.
- Promoure la implicació activa i el treball terapèutic a través de les capacitats i fortaleses que té la persona.
- Intentar assegurar la continuïtat assistencial mitjançant la coordinació i l'establiment d'objectius comuns entre la persona

atesa i els diferents professionals que intervenen de manera parcial en el conjunt de les seves necessitats.

- Vetllar pels drets de les persones ateses.

El treball terapèutic necessita certs mínims de dignitat, i sovint aquests tipus d'experiències requereixen un acompanyament terapèutic en el temps.

Els contexts de pobresa i marginació impossibiliten que moltes de les persones que necessiten un tractament relacional siguin detectades, confonen la seva situació amb altres tipus de marginalitat, com ara la delinqüència i la violència amb què conviuen al carrer.

En relació als serveis de salut mental, en una gran majoria els tractaments prescrits a la població atesa són exclusivament farmacològics, i massa sovint es deixa de banda un treball terapèutic que proporcioni suport emocional a la persona.

Diversos autors ens parlen dels aspectes bàsics a tenir en compte per a un desenvolupament sa de la persona.

Sabem que la persona atesa només s'identifica amb el professional si aquest, prèviament, ha pogut identificar-se amb ella. És la manera com l'interès en el tractament es desperta per identificació amb l'interès que posem nosaltres en les nostres intervencions professionals.

Garcia Badaracco (1990) ens parla de les interdependències patògenes recíproques que s'estableixen entre els diversos grups amb els quals interactuem, incloent-hi les relacions amb els diferents professionals que atenen la persona, grups que sovint impedeixen el redesenvolupament joic de la persona atesa.

Winnicott (2006) explica la necessitat d'un aprovisionament mínim ambiental per possibilitar el desenvolupament sa del bebè/persona.

Durant el tractament sentim i convivim amb les dificultats socials que sofreix la persona, com ara la manca d'oportunitats, la precarietat econòmica, el rebuig social i l'exclusió social, que es poden afegir a algun tipus de discapacitat (diversitat funcional).

En general, les persones ateses han perdut parcialment o totalment les seves xarxes relacionals (família, amistats, feina i/o estudi) i les relacions comunitàries.

Sense l'existència d'uns vincles socials col·lectius, no existeix ni benestar ni salut.

Els trastorns neuròtics i psicòtics estan sempre lligats a un bloqueig als sistemes de comunicació i de socialització de la persona.

A través dels models neoliberals actuals, el mateix sistema d'atenció es converteix en l'eina iatrogènica principal que prioritza l'atenció a diagnosticar i prescriure tractaments farmacològics altament addictius, que alhora converteixen la persona atesa en consumidora dependent i diana d'efectes secundaris (la pèrdua de memòria, dificultat creixent per mantenir la capacitat d'atenció, etc.).

Existeix una prevalença constant per part de les diferents administracions a donar respostes sanitàries a necessitats socials, una excessiva psiquiatrització dels conflictes socials que atempta contra els drets i les necessitats bàsiques de les persones. És a dir, s'atempta socialment contra la dignitat humana de la persona en tant que els seus drets i deures no són reconeguts pels altres.

La nostra dignitat a nivell individual ens ve propiciada sempre per la mirada de l'altre, que ens inclou en lloc d'excloure'ns, i a nivell col·lectiu i social ve reconeguda pel compliment dels drets bàsics fonamentals, com ara l'article 3 de la Declaració Universal de Drets Humans:

> Tota persona té dret a la vida, a la llibertat i a la seva seguretat.

O l'article 25:

> 1. Tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri, per a ell i la seva família, la salut i el benestar, especialment quant a alimentació, vestir, habitatge, assistència mèdica i als serveis socials necessaris; també té dret a la seguretat en cas d'atur, malaltia, incapacitat, viduïtat, vellesa o altra manca de mitjans de subsistència independent de la seva voluntat.
>
> 2. La maternitat i la infantesa tenen dret a una cura i a una assistència especials. Tots els infants, nascuts d'un matrimoni o fora d'un matrimoni, gaudeixen d'igual protecció social.

O altres drets bàsics, com ara el dret al treball, el dret a l'educació i el dret a la llibertat.

Els salaris baixos, les pensions insuficients, la manca d'ingressos econòmics determinen per si sols un tipus de marginalitat social que conjuntament amb altres estressors socials, com la marginació cultural, l'explotació, la segregació i l'aïllament, mantenen un alt nivell de sofriment i malestar psíquic constant en les persones que atenem.

Per tant, la dignitat com a persona dependrà de cada societat i del compliment o no per part de les administracions dels drets socials bàsics.

Les societats que fomenten la desigualtat social tenen més necessitat de serveis assistencials, en el sentit que la igualtat d'oportunitats no es produeix ni sembla que es vulgui promoure, ni tampoc la promoció necessària de certes capes de la població.

En relació a les persones ateses voldria destacar que no existeixen com a col lectiu homogeni, es tracta de persones que han sofert un trencament de les seves trajectòries vitals i ara es troben excloses de la nostra societat i amb la necessitat de reinventar-se, de trobar un projecte de vida en un context social constant de pobresa i exclusió.

En paraules de C.G. Jung:

> Un problema colectivo aparece siempre —mientras no se le reconoce como tal— como problema personal y despierta en un caso dado la ilusión de que en el terreno de la psique personal algo no está en regla. De hecho, la esfera personal se halla alterada, pero no necesariamente en lo fundamental, sino mucho más secundariamente a consecuencia de una transformación insoportable de la atmósfera social. Por lo tanto, la causa del desarreglo debe buscarse en tal caso no en el ámbito personal, sino más bien en la situación colectiva.

Recuerdos, sueños, pensamientos, 1964: 276

Bibliografia

Badaracco, Jorge. *Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar.* Madrid, 1990. Ed. Tecnipublicaciones, S.A.

Camus, Albert. *El primer hombre*. Barcelona, 1994. Ed. Tusquets

Jung, Carl Gustav. *Recuerdos, sueños, pensamientos*. Barcelona, 2013. Ed. Seix Barral.

Winnicott, Donald Woods. *Obras escogidas.* Barcelona, 2006. Ed. RBA.

Propostes per atendre la sexualitat i l'afectivitat de persones amb discapacitat en centres residencials

Andreu López Carrillo
Psicòleg. Villablanca Serveis Assistencials

Resum
La sexualitat i l'afectivitat són aspectes fonamentals dels éssers humans que contribueixen a la felicitat, a l'autoestima, i eviten l'aïllament emocional i social. Aquestes necessitats, emparades pels seus drets i aspectes ètics, sovint son ignorades o reprimides en una població vulnerable com son les persones amb discapacitat intel·lectual. Conscients de la necessitat d'abordar aquests aspectes, vam crear un grup de treball amb l'objectiu d'elaborar un projecte útil i pràctic que serveixi com a pauta en l'abordatge de la sexualitat i les relacions afectives de las persones que atenem.

Paraules clau
Sexualitat, afectivitat, discapacitat intel·lectual

Abstract
Sexuality and affectivity are fundamental to human beings. Both contribute to achieving happiness and self-esteem, and they also help avoid emotional and social isolation. These needs are guaranteed by the user´s legal rights and by ethical factors. However they can often be ignored or repressed in people with intellectual disabilities. Being aware of the need to address this issue, we created a Working Group to develop a useful and practical project that will serve as a guideline for tackling sexuality and the affective relationships of the people we care for who live with intellectual disability.

Keywords
Sexuality, affectivity, intellectual disability

Villablanca Serveis Assistencials és una empresa que pertany al Grup Pere Mata i ofereix diferents serveis per a l'atenció a persones amb discapacitat intel·lectual.

Villablanca està ubicada a Reus, tot i que els seus dispositius es troben en diferents espais físics, i gestiona també una residència per a discapacitats a Bellvitge. En total atén més d'un miler de persones amb discapacitat intel·lectual. Disposa de prop de 400 places residencials i d'atenció diürna, concertades amb el Departament de Benestar Social i Família i distribuïdes en sis Residències. També compta amb més de 200 places per a persones amb discapacitat intel·lectual i problemes de salut mental en places hospitalàries de mitja i llarga estada. La resta de persones són ateses al servei ambulatori SESM-DI.

Ens plantegem bàsicament millorar l'autonomia funcional i adaptativa de la persona, així com la seva qualitat de vida, tenint en compte cada cop més el respecte al dret d'autodeterminació, moltes vegades en un entorn substitutori de la llar.

L'atenció a tots els nostres usuaris es dona mitjançat programes d'habilitació i rehabilitació que parteixen del PIAI (Pla Interdisciplinari d'Atenció Individual), un document personalitzat que es revisa i s'avalua anualment i que fa una valoració interdisciplinària força exhaustiva de la persona en diferents àrees i del qual es desprenen i es plantegen els objectius assistencials a treballar amb cada persona atesa.

¿Què fem per treballar en la línea de la planificació centre en la persona (PCP)?

Des de fa uns anys estem introduint un canvi de perspectiva. Anem fent camí posant l'accent de les nostres intervencions als desitjos i les manifestacions de les persones que atenem. Posem l'accent a apropar cada cop més els projectes a les demandes/necessitats dels usuaris. Així s'ha passat de la simple elaboració del PIAI per part de l'equip de professionals a informar els familiars/tutors dels objectius plantejats, o de fer partícip directament l'usuari de l'elaboració del document. En diem PIAI informat / PIAI participat.

Cada cop es van implementant més projectes d'autodeterminació, com poder triar el menú o la roba diària. Assemblees per tal que els usu-

aris puguin fer propostes d'activitats a realitzar, com realitzar-les, triar excursions, què fer quan hi ha dates assenyalades…

S'han fet els primers projectes individuals de PCP aplicant la metodologia pròpia amb tot el que implica a nivell de recursos i temps. Han estat experiències positives, i assolir somnis manifestats i desitjats per les persones ateses, encara que siguin petits, val la pena. Les dificultats que anem trobant en aquest camí són la manca de temps, especialment per ràtios ajustades de professionals, i en el nostre cas, també molt especialment, el deteriorament de la població atesa, ja sigui per l'avançada edat o pels processos propis degeneratius o d'evolució de patologies comòrbides.

La sexualitat i l'afectivitat en la discapacitat intel·lectual

Diem que per a les persones residents, el centre és la seva llar. I els oferim el millor que tenim, però no deixa de ser una llar on se'ls decreta l'hora de llevar-se, el menú del dia, la freqüència de la higiene i el canvi de roba, com i quan poden fumar, el que poden gastar-se i consumir al bar, etc., i també si poden tenir una relació afectiva, enamorar-se i/o mantenir relacions sexuals. En aquest context, i sense obviar que a tota entitat hi ha d'haver normes i de vegades és difícil poder atendre les individualitats, sí que considerem necessari abordar el tema de la sexualitat i l'afectivitat amb rigor, consens i professionalitat.

La declaració dels drets sexuals és recollida l'any 1999 per la World Association for Sexual Health (WAS) (Associació Mundial per a la Salut Sexual), i els considera "drets humans universals basats en la llibertat, la dignitat i la igualtat inherents a tots els éssers humans. Són fonamentals per assegurar el desenvolupament d'una sexualitat saludable en els éssers humans i les societats, i per aconseguir-ho han de ser reconeguts, respectats, exercits, promoguts i defensats per totes les societats amb tots els seus mitjans".

Els principals drets sexuals són els següents:

1. **Dret a la llibertat sexual.** Plena expressió del potencial sexual dels individus. Exclou tota forma de coerció, explotació i abús sexual en qualsevol etapa i situació de la vida.

2. **Dret a l'autonomia, la integritat i la seguretat sexual del cos.** Capacitat de prendre decisions autònomes sobre la pròpia vida sexual en un context d'ètica personal i social. Capacitat de control i gaudi dels nostres cossos, lliures de tortura, mutilació o violència de qualsevol tipus.
3. **Dret a la privacitat sexual.** Legitima les decisions i les conductes individuals realitzades en l'àmbit de la intimitat, sempre que no interfereixin amb els drets sexuals d'altres.
4. **Dret a la igualtat sexual.** S'oposa a qualsevol forma de discriminació relacionada amb el sexe, el gènere, la preferència sexual, l'edat, la classe social, el grup ètnic, la religió o qualsevol limitació física o mental.
5. **Dret al plaer sexual.** Al gaudi sexual (incloent-hi l'autoerotisme), font de benestar físic, intel·lectual i espiritual.
6. **Dret a l'expressió sexual emocional (tendresa, amor).** Va més enllà del plaer eròtic o els actes sexuals, i reconeix la facultat de manifestar la sexualitat a través de l'expressió emocional i afectiva, com l'afecte, la tendresa i l'amor.
7. **Dret a la lliure associació sexual.** Permet la possibilitat de contraure o no matrimoni, de divorciar-se o d'establir qualsevol altre tipus d'associació sexual responsable.
8. **Dret a la presa de decisions reproductives lliures i responsables.** Inclou el dret a decidir tenir fills o no, el nombre i el temps que ha de transcórrer entre cada un, i l'accés ple als mètodes per regular la fecunditat.
9. **Dret a la informació sexual basada en el coneixement científic.** Demana que la informació sexual sigui generada a través de processos científics i ètics, que sigui difosa de manera apropiada i que arribi a totes les capes socials.
10. **Dret a l'educació sexual integral (durant tota la vida).** Sol·licita la impartició de l'educació sexual durant tota l'extensió de la vida, des del naixement fins a la vellesa, i exhorta a la participació de totes les institucions socials.

11. **Dret a l'atenció de la salut sexual.** Comporta la prevenció i el tractament de tots els problemes, preocupacions, malalties i trastorns sexuals.

¿Penseu que aquests drets són prou informats, protegits i promoguts en les persones amb discapacitat que viuen en entorns residencials? Si els analitzéssim un a un, veuríem com pràcticament cap dret es garanteix com cal.

Aquests drets, i la sexualitat i afectivitat en general, han de ser compresos i assumits per l'entorn de la persona amb discapacitat, i en aquest entorn es troben els centres residencials i els seus professionals. No es tracta de passar de la repressió a la prescripció. Ni tampoc d'incitar a conductes que no es troben al repertori habitual de les persones. Ni de passar per sobre del que pensin famílies, tutors o les mateixes persones institucionalitzades, però sí d'obrir la porta a poder parlar, educar, formar i promoure, si és el cas, bones pràctiques, consensuar protocols d'intervenció que aclareixin als professionals com intervenir… sempre sense perdre de vista la individualitat, els drets i les obligacions.

Crear un grup de treball

En aquest context, ja fa temps que un bon grup de professionals de Villablanca explicitàvem la necessitat d'abordar *formalment* el complex tema de la sexualitat i les relacions sentimentals de les persones ateses i entre les persones ateses. És així com després de plantejar aquestes necessitats a la direcció, el gener de 2016 es va formar el Grup de Treball de Sexoafectivitat (GTSA). La idea era constituir un grup de professionals com més representatiu i multidisciplinari millor, però a la vegada operatiu. El grup de treball, en el seu origen estava format per nou professionals, entre els quals, psicòlegs, infermeres, una treballadora social i tècnics en atenció sociosanitària.

A partir d'aquí es van començar a plantejar objectius, però cal destacar que el primer de tots ja estava assolit: crear un grup de treball amb professionals el centre que treballi aquest tema, que comencessin a fer visible una realitat que, se'n parli o no, és present en moltes persones, en el seu dia a dia, i que cal tenir-la en compte si volem de veritat garantir una atenció integral a la persona.

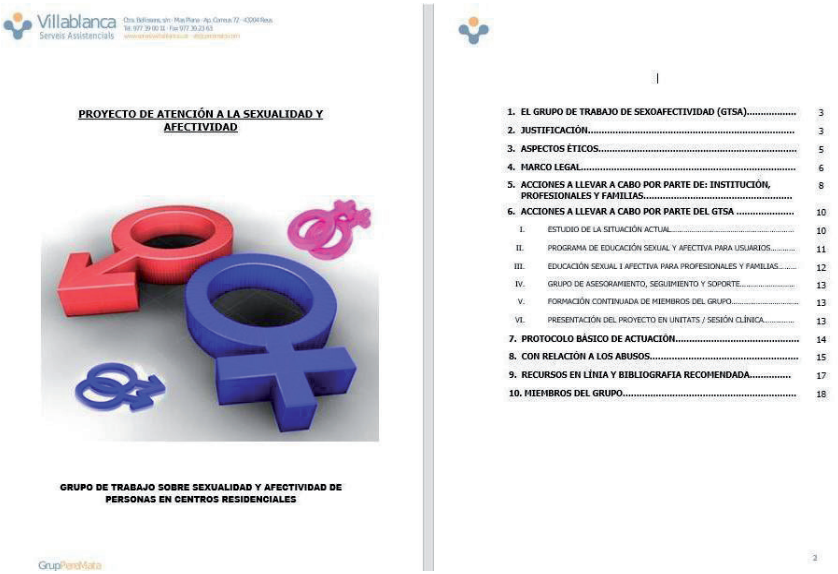
Des de la seva constitució, el GTSA ha fet reunions periòdiques bimensuals. S'ha analitzat la situació actual i recuperat el que ja estàvem fent. Hem fet recerca d'informació en línia i lectura de bibliografia, hem participat en cursos de formació, hem organitzat sessions clíniques i grups de treball amb altres professionals externs i hem mantingut reunions de treball consultives amb el Comitè de Bioètica Assistencial del Grup Pere Mata.

Volem conscienciar i encoratjar la resta de professionals i la institució per tal d'abordar aquests aspectes com qualsevol altre àmbit de la vida de les persones ateses. Actualment apareixen dubtes a l'hora d'intervenir, disparitat de criteris, intervencions restrictives o excessivament permissives. Les persones que viuen en entorns residencials ja tenen prou limitats els seus drets, i aquests dels quals ara parlem no poden ser ignorats. Els drets sexuals són drets universals i estem obligats a atendre'ls.

No és que no s'hagi fet res fins ara. Iniciatives d'alguns professionals i/o equips ja han obert camí, i de forma excel·lent, però ha arribat el moment d'unificar criteris, protocol·litzar, generalitzar i ampliar les intervencions.

Les propostes concretes

Un cop hem tingut clars tots aquests aspectes, des del GTSA vam considerar que el primer gran objectiu era confeccionar un *document marc* que recollís tota la tasca que hem realitzat. Amb informació per al debat i la reflexió, aspectes ètics i legals, protocols i recomanacions bàsiques a plantejar davant actuacions, i on quedés especificada la proposta de projecte concret a desenvolupar en els propers anys.



Villablanca
Serveis Assistencials

PROYECTO DE ATENCIÓN A LA SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD

GRUPO DE TRABAJO SOBRE SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD DE PERSONAS EN CENTROS RESIDENCIALES

GrupPereMata

2

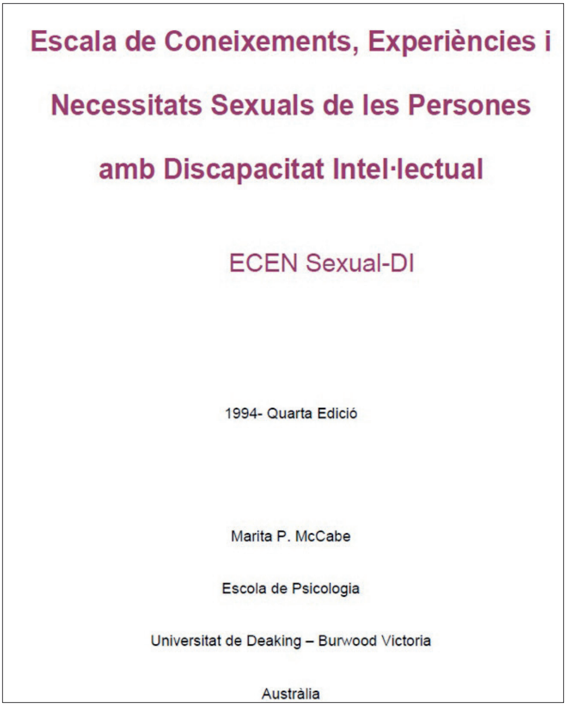
En aquest document es defineixen les propostes específiques a dur a terme en els propers mesos, basades en tres pilars fonamentals: exploració i definició adequada, educació per una sexualitat sana, unificació de criteris d'intervenció i prevenció d'abusos.

La primera proposta és la inclusió al document **PIAI** d'uns **ítems d'exploració i valoració** sobre relacions sentimentals i sexualitat. A més de la inclusió d'aquests apartats i ítems s'ha elaborat un glossari per als professionals, on s'especifica i s'aclareixen possibles dubtes sobre què s'està explorant específicament a cada ítem amb la intenció que tots els professionals puguin aplicar-ho seguint el mateix criteri.

4.3. RELACIÓ INTERPERSONAL			
AMPLITUD			
TIPUS			
CONTINGUT			
PARTICIPACIÓ ACTIVITATS GRUPALS			
RELACIONS SENTIMENTALS	Es coneixen en la seva història?	SI ○	NO ○
	En l'últim any?	SI ○	NO ○
	Són relacions beneficioses/neutres?	SI ○	NO ○
	És convenient explorar més aquesta àrea o fer-ne seguiment?	SI ○	NO ○
	Cal supervisió/intervenció per protecció d'ell/a o dels altres?	SI ○	NO ○

4.4. CONDUCTA SEXUAL			
4.4.1. ES UNA PERSONA SEXUALMENT ACTIVA?	SI ○ NO ○ NO HO SABEM ○	ESPECIFICAR:	
	La freqüència de les conductes sexuals és un problema?	SI ○	NO ○
	L'espai on es realitzen les seves conductes sexuals genera problemes?	SI ○	NO ○
4.4.2. PER LES SEVES CARACTERÍSTIQUES, ESTARIA INDICAT FER MAJOR SEGUIMENT?		SI ○	NO ○
4.4.3. LES SEVES PREFERÈNCIES/ORIENTACIÓ SEXUAL, REPRESENTEN UN PROBLEMA?		SI ○	NO ○
ESPECIFICAR (p.e. parafilies, disonància entre identitat-orientació,...)			
4.4.4. LA SEXUALITAT POT SER UN RISC O GENERAR CONCLFICTES PER A LA PERSONA O D'ALTRES?			
5. ÀREA FAMILIAR			

En el cas d'usuaris/àries amb baix o molt baix funcionament, per tal de tenir-ne una valoració adequada, servirà la mateixa valoració feta al PIAI, i en el cas de persones amb alt funcionament intel·lectual, i si se'n valora la necessitat, es passarà l'escala ECEN-DI (escala de coneixements, experiències i necessitats sexuals de les persones amb DI).



Escala de Coneixements, Experiències i Necessitats Sexuals de les Persones amb Discapacitat Intel·lectual

ECEN Sexual-DI

1994- Quarta Edició

Marita P. McCabe

Escola de Psicologia

Universitat de Deaking – Burwood Victoria

Austràlia

Depenent del resultat de la valoració feta es recomanen uns objectius a plantejar amb la persona. Aquests objectius poden ser:

- Taller d'educació sexual
- Taller d'habilitats socials
- Suport i orientació d'hàbits saludables
- Valoració i/o exploració de la conducta sexual/afectiva
- Seguiment i intervenció psicològica
- Aplicació/recomanació de mesures preventives i de protecció

La segona proposta és implementar **programes d'educació sexual** dirigits a usuaris, una qüestió bàsica per a una sexoafectivitat saludable. La formació es farà en grups, que es conformaran atenent als diferents nivells de discapacitat i/o perfils.

Consta de cinc tallers que poden fer-se íntegrament o triar el taller adequat segons l'objectiu plantejat. Els tallers seran impartits per professionals de la psicologia, la infermeria i/o el treball social.

1r taller. Habilitats socials

- Cortesia i amabilitat
- Peticions
- Somriure i mirada
- Presentacions i informació sobre un/a mateix/a
- Iniciar i mantenir converses íntimes
- Els amics, les amigues, els companys
- Iniciar relacions de parella: com lliguem?
- Afrontar el rebuig

2n taller. Les relacions afectivosexuals

- Els afectes socials (afecte, amistat i amor)
- L'ètica en les relacions de parella
- L'amor saludable

3r taller. Anatomia i conducta sexual

- La pell com a òrgan sexual
- Formes de relació sexual
- Psicoerotisme
- Aprenent a dir no. Abusos sexuals

4t taller. La salut sexual. Hàbits saludables

- Fecundació, embaràs i part
- Malalties de transmissió sexual
- Mesures preventives

5è taller. Emocions en sexualitat i afectivitat

- Expressió de sentiments i desitjos
- Ideals romàntics
- Habilitats de comunicació

Donar a conèixer a tots els professionals de Villablanca l'existència del GTSA i la seva tasca mitjançant un tríptic, una presentació en sessions clíniques i reunions d'equip.

També, constituir el GTSA com a *grup consultiu* davant discrepàncies o dubtes sobre com abordar o plantejar determinats casos. El grup de treball elaborarà una fitxa de seguiment dels casos que siguin derivats. En aquesta fitxa es detallarà la demanda o conducta problema, la recomanació que fa el GTSA i el seguiment i evolució als sis mesos i a l'any.

S'ha confeccionat una *enquesta d'opinió i coneixements per als professionals*, per tal de tenir informació sobre dubtes, valoració i criteris, de cara a poder orientar, segons les necessitats detectades, una formació, grups de debat… amb els professionals.

En la mateixa línia que amb els professionals, s'ha elaborat una *enquesta per a familiars/tutors*. Aquestes enquestes es passaran una vegada, a la reunió anual en què els familiars/tutors són informats o es fan partícips del PIAI.

A la biblioteca i altres espais dels diferents serveis hi haurà *textos i manuals per a qualsevol professional o usuari/ària* que vulgui consultar aspectes sobre sexualitat i afectivitat en discapacitat intel·lectual.

A les entrevistes de valoració d'un nou ingrés, bé sigui amb la persona usuària i/o amb les familiars o tutors, es recollirà informació sobre aspectes afectius i sexuals com els de qualsevol altra àrea i s'informarà sobre les iniciatives i polítiques del centre en aquest àmbit.

Protocol bàsic d'intervenció. En plantegem la necessitat, per això crearem un protocol d'intervenció per consensuar i unificar criteris i les formes d'actuar davant conductes de contingut afectiu i/o sexual i així donar respostes a les demandes directes o indirectes tant d'usuaris com de professionals.

Alguns dels criteris que considerem que sempre s'haurien de tenir presents:

- Que les relacions afectives i sexuals són una manifestació dels drets a la llibertat i al lliure desenvolupament de la pròpia persona i personalitat.
- Que per s la presa de decisions sempre s'ha d'individualitzar cada cas.

- Que els professionals tenim un rol important a l'hora d'oferir assessorament i suport a las peticions dels usuaris, per tant, no podem mirar cap a un altre lloc.
- Tenir en compte el grau de discapacitat i si condiciona o limita la capacitat de la persona per prendre decisions en aquest àmbit.
- Tenir en compte si presenta algun tipus de malaltia o trastorn i si condiciona o limita la capacitat de la persona per prendre decisions o tenir una relació saludable.
- En cas de relacions amb d'altres, s'ha de valorar si les decisions de tots dos són preses lliurement i si hi ha un veritable desig, gaudi i motivació.
- Prestar especial cura a possibles exercicis d'abús per ostentar una posició de poder, ja sigui per amenaça, dominació o per oferir un intercanvi sexual a canvi d'un bé, material o no, del qual l'altra persona és especialment depenent.
- Tenir present la necessitat d'atendre sempre sense imposar cap tipus de restricció motivada por les creences morals pròpies del professional.
- Garantir el dret a la intimitat i el màxim grau possible de confidencialitat.
- Quan es faci una petició expressa de mantenir una relació afectiva o sexual en espais d'intimitat, i no s'objectivi cap perjudici d'acord amb els punts anteriors, des del servei cal oferir orientació i suport, en coordinació amb familiars/tutors, per trobar un espai exterior a la residència on poder gaudir d'aquesta intimitat.

Crear *programes de formació i debat* per a professionals, tenint en compte el resultat de les enquestes als professionals. Es programaran sessions de formació i/o grups de debat de casos pràctics als diferents serveis i també una formació en educació sexual.

El GTSA s'actualitzarà constantment i farà *formació continuada.*

En relació als abusos, caldrà tenir especial cura, *crear un protocol i fer formació sobre detecció i intervenció* en aquests casos.

Treballar en la *implicació i sensibilització de tothom*, incloent-hi la direcció i la gerència per:

- Afavorir la *creació de recursos i espais* on es garanteixi la privacitat i la intimitat dels usuaris/àries.
- Tenir en compte la *confidencialitat* quan es faciliti informació a la família/tutors i/o quan es parli sobre aquests temes en l'equip.

Recursos en línea i la bibliografía recomanada

La afectividad y la sexualidad en personas con discapacidad. Fundación Grupo Develop. <http://www.grupodevelop.com/wp-content/uploads/pdf/informe-sexualidad discapacidad.pdf>

Abordaje de las conductas afectivo sexuales en personas con discapacidad intelectual. IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. <http://cdjornadas-inico.usal.es/docs/080.pdf>

Diversitat funcional, afectivitat i sexualitat. Grup de Reflexió d'Ètica Aplicada del Consorci de Serveis Socials de Barcelona. <http://www.campusarnau.org/2009/downloads/diversitat_funcional_afectivitat_i_sexualitat.pdf>

Dibujando la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo: Una cuestión de derechos. FEAPS. <http://www.discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/PUBLICACIONES_ARTICULOS/aF_Feaps_guiasexualidad.pdf>

Discapacidad intelectual y sexualidad: Programa de educación sexual en centros de atención a personas adultas. Gobierno de Asturias. <https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/publicaciones/Programa_educacion_sexual_en_discapacidad_intelectual.pdf>

Sexualidades diversas. FEAS Canarias. <http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sexualidades_diversas.pdf>

La educación sexual en el ámbito de la discapacidad intelectual: Identificación de buenas prácticas. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17939/1/TFG-H468.pdf>

Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales. Junta de Andalucía. <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf>

Sensuales: Relatos de sexo y afecto en la discapacidad. Clos, Clara i Deulofeu, Gemma. Comanegra, 2014

Sexo y afecto en personas con discapacidad. López Sánchez, Félix. Biblioteca Nueva, 2013.

Posar la mirada amb ganes d'entendre

Arantxa Salvat Besora
Treballadora social del servei integració família extensa (SIFE)
supracomarcal Baix Camp. Consell Comarcal Baix Camp.

Resum
Des de la meva experiència durant anys en un equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA) i la meva recent incorporació a un servei integració família extensa (SIFE), estic comprovant com la creació de nous serveis i recursos milloren la possibilitat de centrar-se en l'atenció a la persona. Ens permet posar la mirada en cadascuna de les persones amb qui treballem i centrar-nos a entendre la seva situació, la seva història personal i els seus sentiments.

Paraules clau
Atendre, entendre, infant, família, administració

Abstract
After many years of experience in a Childhood and Adolescent Attention Team (EAIA) and my recent incorporation into an Extensible Family Integration Service (SIFE), I have noticed how the creation of new services and resources improve the possibility of focusing on the person's care. It lets us look at each one of the people we work with and focus on understanding their situation, their personal history and their feelings.

Keywords
Care, understand, child, family, administration

El departament de Serveis Socials del Consell Comarcal del Baix Camp és l'encarregat de garantir les necessitats bàsiques dels ciutadans de la comarca a través de la prestació directa de serveis, del desenvolupament de les capacitats personals i de la concessió de determinades ajudes econòmiques o altres petites subvencions.

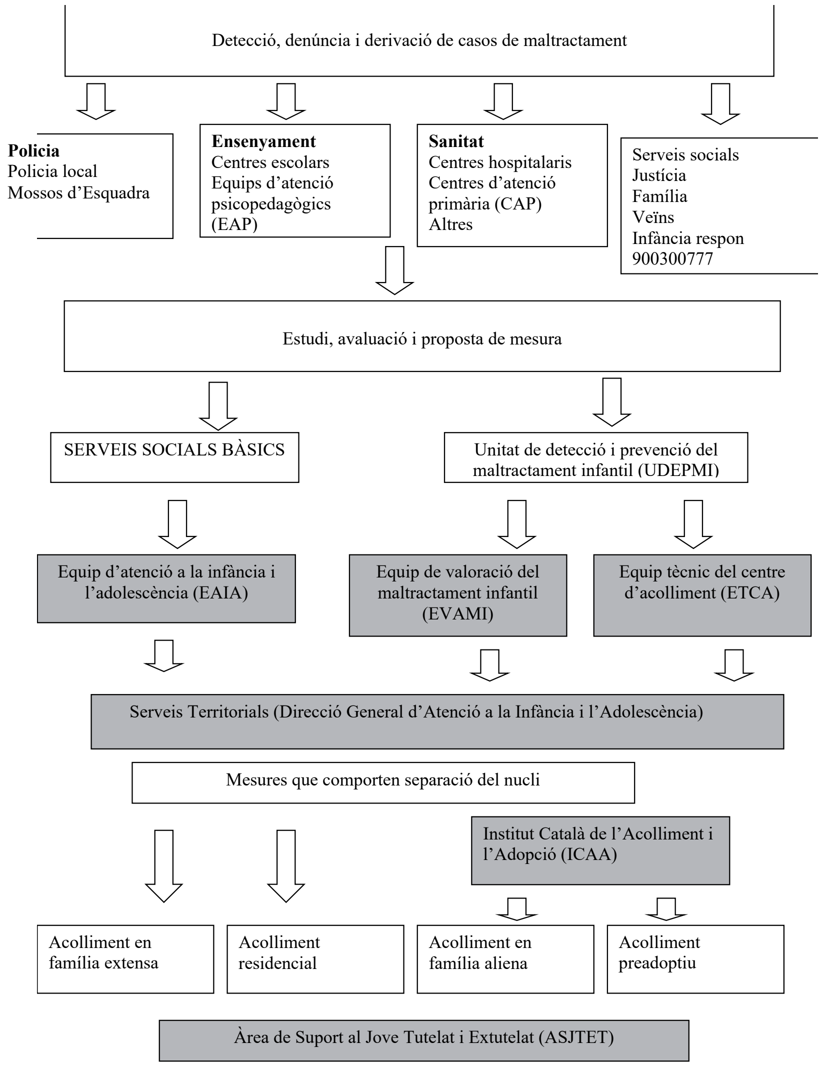
Per això, el departament compta amb els recursos personals i l'equipament necessari per portar a terme aquests projectes, programes, prestacions i activitats generals d'atenció social a la comarca. El principal objectiu és atendre els ciutadans de forma personalitzada, ajudant-los a solucionar tota mena de necessitats bàsiques, tant personals com familiars, i reduir d'aquesta manera el risc d'exclusió i enfortir els llaços de cohesió social.

Entre les principals funcions que desenvolupen els serveis socials destaquen les següents:

- Atenció social primària
- Servei de transport adaptat
- Servei d'atenció domiciliària (SAD)
- Equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA)
- Servei d'integració en família extensa (SIFE)
- Pla de Ciutadania i Immigració
- Xarxa de Centres Oberts i Programes Diürns Preventius
- Servei de telealarma del Baix Camp
- Pla d'Ajuts Puntuals d'Urgència Social
- Servei d'informació i atenció a la dona (SIAD)
- Ajuts individuals per assistència al menjador escolar
- Llei de la Dependència de Catalunya

Al mes de juliol de 2017 es crea el SIFE supracomarcal Baix Camp per fer el seguiment dels acolliments de les comarques del Baix Camp, el Priorat, l'Alt Camp i la Conca de Barberà, i per tant, treballem coordinament amb l'EAIA supracomarcal Baix Camp i l'EAIA supracomarcal Alt Camp - Conca de Barberà. Fins a aquesta data, el seguiment dels acolliments d'aquestes comarques es feia des dels mateixos EAIA.

El circuit de protecció a la infància i de l'adolescència a Catalunya



L'EAIA (equip d'atenció a la infància i l'adolescència en alt risc social)

Davant de famílies amb situacions fràgils (desemparadores i/o maltractadores) i que suposen un risc per als infants, l'equip d'atenció a la infància i l'adolescència (EAIA) té l'encàrrec de fer-ne l'estudi, la valoració, i proposar una mesura tecnicoadministrativa. Si la família col·labora i mostra interès per millorar la seva situació, l'EAIA, juntament amb l'equip bàsic d'atenció social primària (EBAS), hi treballaran mitjançant un compromís socioeducatiu. El treballador/a social, juntament amb l'educador, el psicòleg i el pedagog han de planificar la intervenció per generar canvis, millorar l'autonomia i apoderar. Tenir presents els aspectes a millorar i centrar-se en opcions i possibilitats de canvi.

En algunes famílies, arran de la intervenció especialitzada, s'encén una alarma i aconsegueixen activar millores en la seva situació.

Quan la persona/progenitors es troben en situació personal límit i, tot i el treball previ, no superen la situació que genera risc al menor, se'ls suspenen temporalment les funcions parentals dels seus fills. És en aquestes situacions que des de l'administració es proposen mesures alternatives al nucli familiar, les quals poden ser més o menys temporals en funció de l'evolució dels progenitors:

- Acolliment en família extensa
- Acolliment en família aliena
- Acolliment residencial
- Acolliment preadoptiu

Mentre l'infant està temporalment separat dels seus pares, des de l'EAIA es treballa amb ells perquè puguin recuperar les funcions parentals del seu fill. S'hi treballa mitjançant els plans de millora per tractar aspectes de salut, ocupació, organització, habitatge, pautes educatives, responsabilitats, col·laboració amb equips especialitzats, etc.

Des de l'equip interdisciplinari hem entès sempre que posar la mirada en la persona (nen, pare, mare, avi, germà, altres persones afins al nucli convivencial…), ens ajuda a entendre la situació. És necessari conèixer i entendre com està la persona, com viu la situació, com ha estat el seu passat/infantesa, quina és la seva ocupació actual, quina és l'organització familiar...

Els infants són la part més vulnerable, gairebé sempre són víctimes, i tenen dret a rebre la millor atenció que necessitin. Precisament, si l'atenció dels equips encarregats es posa en el nen, és quan s'han de buscar i proposar alternatives al nucli familiar mentre es treballa per millorar-ne la situació.

El procediment en aquest tipus d'intervencions garanteix que als infants, segons l'edat i les necessitats específiques, se'ls escolti, se'ls expliqui la situació i se'ls acompanyi. Quan no comptem amb recursos/professionals suficients, l'atenció a la persona pot tenir mancances com ara més temps d'espera, menys intervenció, menys acompanyament.

Tal com estableix la llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, quan un infant o adolescent ha de ser separat de la seva família perquè es troba en una situació de desemparament, la Generalitat de Catalunya n'assumeix la tutela i li procura el recurs més adient a les seves necessitats. Entre els recursos possibles, l'acolliment en família extensa, sempre que sigui possible, té preferència respecte de qualsevol altre recurs, ja sigui l'internament en un centre, l'acolliment en família aliena o l'acolliment preadoptiu. La mateixa llei estableix per família extensa aquella en què hi ha una relació de parentiu entre l'infant o l'adolescent per acollir i la persona acollidora, o, com a mínim, amb un dels membres de la família acollidora.

El seguiment i el suport als acolliments familiars es fa des dels SIFE (servei d'integració en família extensa):

- És un projecte que promou i millora l'atenció i el suport a la família extensa i al menor acollit.
- És la mesura que es prioritza quan un infant no pot estar amb els seus pares (LDOIA).
- És la mesura que obté millors resultats.
- Dona una orientació més significativa i continuada i més suport a les famílies extenses acollidores.
- Reforça el plantejament tècnic per assegurar-ne una valoració ràpida i correcta.
- Treballa per garantir un bon resultat dels acolliments en família extensa.

Objectius relacionats amb les famílies

- Fer estudis i valoracions dels possibles nuclis acollidors.
- Acompanyar-les en l'assumpció de les seves funcions parentals substitutives.
- Atendre les seves necessitats i demandes bàsiques en relació als infants acollits.
- Reforçar les potencialitats de les famílies acollidores:
- Facilitar recursos educatius i socialitzadors.
- Treballar les situacions de dificultat que es produeixin amb els pares i/o mares i aprendre a resoldre-les adequadament.
- Proporcionar espais grupals a les famílies acollidores extenses que permetin intercanviar experiències i aprendre les unes de les altres.

Objectius relacionats amb els infants

- Garantir el seguiment de tots els infants acollits.
- Oferir una atenció individualitzada amb el suport de la xarxa comunitària.
- Guiar els infants en la comprensió de la seva realitat familiar.
- Acompanyar els infants en el moment d'incorporar-se al nucli familiar acollidor.
- Fer participar els infants en decisions: visites amb els pares, la seva escolaritat, lleure... (segons edat).
- Acompanyar els infants a les visites amb els pares, si cal.

Objectius relacionats amb els professionals

- Validar els nuclis de família extensa.
- Determinar, juntament amb l'EAIA referent, el règim de visites amb pares i/o altres familiars.
- Acordar, juntament amb l'EAIA referent, les renovacions de mesures.
- Tenir en compte l'opinió del menor i dels acollidors quan algun dels equips proposi qualsevol objectiu.

- Establir coordinacions amb els agents socials implicats per tenir-los en compte a l'hora de proposar línies d'intervenció.

El seguiment dels acolliments familiars requereix un model d'intervenció especialitzada. Quan el seguiment dels acolliments es fa des del mateix EAIA, degut a la diversitat d'expedients, la urgència en algunes situacions i la càrrega de treball, la temporalitat i el nivell d'atenció i seguiment d'aquests nens i el seu entorn acollidor no pot ser gaire continuat.

Amb la creació del SIFE supracomarcal Baix Camp, una psicòloga i una treballadora social passen a atendre exclusivament aquests acolliments. Aquesta especialització ha de permetre conèixer tots els nens, els seus acollidors i sovint, també, altres persones que formen part del nucli familiar. També ha de permetre fer entrevistes de seguiment i suport més continuades, coordinacions amb escoles i altres serveis a nivell de salut (centre de salut mental, pediatria, centres de desenvolupament infantil i d'atenció precoç...). També, elaborar informes periòdics de la situació. Aquesta especialització facilita centrar-se en la singularitat de cada família, que és el punt d'inici per aconseguir millorar la situació del nen, acollidor, pare... i a la vegada és l'objectiu principal del treball social. Si el SIFE pot centrar-se i posar la mirada en l'acolliment, l'EAIA pot centrar-se més en els pares.

Les principals tasques que actualment desenvolupem des del SIFE supracomarcal Baix Camp són:

- Validació de les famílies / (captació juntament amb els dos EAIA). Juntament amb els dos EAIA supracomarcals del territori, el SIFE ha de valorar les possibilitats reals de la família extensa de l'infant abans de proposar la mesura d'acolliment. Cal valorar si els familiars estan disposats i preparats per assumir el rol d'acollidors. Es té en compte l'edat i la situació personal; el grau d'acceptació del dret de relació entre l'infant i els progenitors i l'esforç i el temps de dedicació que això suposarà; les capacitats per entendre i atendre la situació de l'infant i/o adolescent, etc.

- Seguiment de l'acolliment (situacions quotidianes, furts, fugues, robatoris...) mitjançant entrevistes, visites i intervenció al

domicili, coordinació amb altres serveis/recursos. El dia a dia de molts dels acolliments és complex i requereix esforç i comprensió per part dels acollidors. Cal fer un seguiment per donar suport davant determinades situacions i facilitar eines i recursos per garantir el bon funcionament de l'acolliment.

- Visites nens-pares (preparació, supervisió i treball posterior). Si la situació ho permet, cal garantir la relació entre l'infant i els seus progenitors. Des del SIFE cal conèixer l'opinió que té l'infant d'aquestes visites i quina és la seva vivència. Sovint la situació dels pares no és la més desitjada, compleixen poc els calendaris i/o horaris de les trobades i els seus missatges no són positius. Per aquests motius cal estar pendent d'aquestes trobades, supervisar-les en algunes ocasions i fer un treball posterior de reflexió i comprensió amb els infants i els seus acollidors.

Algunes de les complexitats dels acolliments en família extensa són:

— És una situació temporal-provisional. Els acollidors han de conèixer i acceptar que la situació d'acolliment és temporal i que l'objectiu ha de ser que l'infant pugui tornar a viure amb els seus pares.

— Cal garantir vincle amb progenitors. En moltes ocasions les relacions personals entre els acollidors i els progenitors estan deteriorades, però tot i així han de ser garantides i, si pot ser, acceptades. Si aquesta és la vivència, evitem a l'infant situacions tenses que li poden ser perjudicials.

— Cal posar límits als progenitors. A més de ser acollidors de l'infant, els acollidors són família d'algun dels progenitors i això els suposa més esforç, a l'hora de posar límits. Els acollidors que són avis sovint tenen por de repetir els mateixos models educatius i errors que amb els seus fills i els cal molt de suport en la seva tasca acollidora.

Si el professional és proper a la família i a l'infant, s'estableix més vincle, s'augmenta el nivell de confiança i la possibilitat de millora i garanties d'èxit de l'acolliment són més grans.

D'altra banda, un dels altres encàrrecs del SIFE és formar les famílies extenses acollidores i potenciar espais de trobada per compartir

experiències. L'objectiu és donar eines als acollidors i acollits perquè l'experiència de l'acolliment sigui positiva.

Per tal de treballar i formar les famílies acollidores, el material del programa Famílies Cangur de l'Obra Social "la Caixa" és una bona eina. Aquest programa afavoreix el desenvolupament de les famílies acollidores, i a través de nou sessions els professionals hi treballen els següents temes:

- Sessió preliminar. Les famílies d'acollida: ens presentem
- L'acolliment en família extensa: aspectes diferencials
- Els rols diferencials
- Desenvolupament evolutiu: canvis i conseqüències
- Les relacions amb els pares biològics. Visites
- Els estils educatius
- La gestió positiva del conflicte
- La prevenció de les conductes de risc
- El reforç personal a les persones acollidores
- Relació amb la comunitat i utilització dels recursos

En aquestes sessions les famílies acollidores poden compartir vivències i dubtes, formar part d'un grup amb les mateixes necessitats, analitzar les seves actituds i contrastar-les amb les dels altres, tenir una visió més àmplia dels acolliments; reflexionar, etc. Però la creació d'aquests grups té també les seves dificultats, ja que compaginar els horaris dels acollidors pot ser complicat. Tot i així, quan s'han pogut crear els grups les experiències que coneixem són molt positives, ja que s'han creat vincles i xarxes de suport entre ells un cop finalitzada la formació.

Com es descriu al llarg de l'article, la intervenció amb les famílies extenses acollidores és complexa i requereix una especialització. Des del SIFE, per tant, cal estar a prop de les famílies acollidores i els infants i joves acollits. Donar-los suport i acompanyar-los en el seu dia a dia, amb professionalitat i objectivitat, com administració que som, i a la vegada entenent les diferents situacions personals i familiars, perquè cadascuna d'elles necessitarà una intervenció del SIFE diferent i particular.

Fonts

Web del Consell Comarcal del Baix Camp. Serveis al ciutadà. Serveis Socials.

Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. *La meva família m'acull*.

Famílies Cangur. Programa de formació per a l'acolliment en família extensa. Obra Social "la Caixa".

El programa de serveis individualitzats (PSI). Eix de l'empoderament i la integració comunitària en les persones diagnosticades de trastorn mental

Joan Manel Arca Míguez
Yolanda Domingo Calduch

Resum
A partir de l'observació de les greus dificultats que el pacient amb un TMS (trastorn mental sever) té per assolir la recuperació en la comunitat, s'inicia a Catalunya el 1997 el PSI (Pla de Serveis Individualitzat), que adopta el model de gestió de casos, o *case management*. D'acord amb el concepte de recuperació de la persona amb TMS utilitzant un model d'atenció integral i seguint el model assertiu comunitari. El PSI, mitjançant l'escolta activa de les necessitats del pacient, ha de ser capaç de crear un vincle terapèutic i acompanyar-lo al llarg del seu procés de recuperació. Aquest vincle és l'acompanyament. Un acompanyament terapèutic on, per un costat, el pacient ha de veure el professional com la clau per accedir al seu patiment, i per l'altre, el professional haurà d'identificar i modificar el seu mètode de treball habitual per poder tenir una visió més integral i continuada en l'atenció al pacient.

Paraules clau
Pla de Serveis Individualitzat, gestió de casos, intervenció holística, empoderament, autonomia

Abstract
The ISP (Individualized Services Plan) began in Catalonia in 1997 to help patients living with a SMD (Severe Mental Disorder) to overcome the serious difficulties they face when trying to regain their place in the community. The plan adopted the case management model and it is based on the idea of help the person with SMD to recover using a comprehensive care model and following the community assertive model. By actively listening to the patient's needs, the ISP creates a therapeutic link with the patient and accompanies them throughout their recovery process. Joining them in their recovery process is the link. The ISP therefore offers to accompany the patient in a therapeutic capacity where, on the one hand, the patient must see the professional as the key to accessing their suffering, and on the other hand, the professional must identify and modify their usual method of work in order to have a more comprehensive and continued vision of the patient's care.

Keywords
Individualized Services Plan, case management, holistic intervention, empowerment, autonomy

Antecedents i evolució dels serveis de salut mental al camp de Tarragona

La psiquiatria ha fet grans avenços i transformacions en els darrers anys, no només en el tractament farmacològic de les persones amb problemes de salut mental greu, sinó també a l'hora d'integrar-les en l'atenció comunitària tot i l'estigma social que comporta patir la malaltia. D'aquesta manera, orientar, canviar i preservar la concepció i els drets socials dels malalts mentals, fomentant així la seva autonomia dins la comunitat. "Com s'ha demostrat, el *manicomi* no és una cura, ans al contrari, és un ambient on els pacients i les seves malalties es cronifiquen" (Sacristán, 2009). S'inicia un lent però progressiu canvi cap a una psiquiatria més propera i comunitària, un procés conegut com desinstitucionalització psiquiàtrica, amb el progressiu tancament dels hospitals psiquiàtrics i amb un enfocament comunitari orientat a canviar la concepció social de la malaltia mental, preservar els drets de les persones diagnosticades de malaltia mental i fomentar-ne la integració i autonomia en la comunitat.

En aquest sentit, la malaltia mental, més enllà del seu diagnòstic i de la seva cronicitat (abordatge mèdic i psiquiàtric tradicional), ha precisat una intervenció rehabilitadora que integra un abordatge psicològic, social i cultural.

És des d'aquest marc, on l'Institut Pere Mata (principal proveïdor de l'assistència psiquiàtrica del Camp de Tarragona), va implantar al febrer de 2005 el Pla de Serveis Individualitzat (Generalitat de Catalunya, 2003) en les dues principals ciutats del territori: Reus i Tarragona, amb un CPI (Coordinador del Projecte Individualitzat) de referència a cada ciutat (una DTS i una DUE), i amb la incorporació d'un tercer CPI (DTS) el 2008 a Tarragona, amb una ràtio d'atenció de 15 pacients per professional.

El PSI (Generalitat de Catalunya, 2006) és la proposta d'un mètode organitzatiu i d'un procés actiu de gestió dels Trastorns Mentals Severs (TMS) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

L'objectiu primordial del PSI és adaptar els serveis sanitaris i socials a les necessitats concretes de cada pacient i acostar-los tant com sigui possible al seu mitjà natural, per consolidar la continuïtat assistencial.

El PSI és l'eina del Pla de Salut Mental de Catalunya que estableix per a cada situació individualitzada: les necessitats de cada malalt amb TMS, els objectius terapèutics i de rehabilitació que es persegueixen, els serveis sanitaris i socials que cal mobilitzar i finalment, la durada estimada de la utilització d'aquests serveis.

És en aquest sentit en què cada situació individualitzada requereix un acompanyament també individualitzat, on el PSI s'emmarca dins el model de funcionament anomenat *case management* o gestió de casos, definint-se com un model d'intervenció integral centrat en l'usuari com una totalitat inserida en un entorn que promou l'autonomia i la participació social, facilitant l'accés als recursos coordinats que responguin a les necessitats integrals de les persones.

Aquest model dona molta importància a la no fragmentació de l'usuari, ja que és l'única manera de no trencar la seva fràgil atenció social i sanitària, i té la finalitat d'obtenir l'acompanyament i el suport més adequat per a l'usuari mitjançant l'ús eficient dels recursos disponibles i basats en diferents models teòrics de la gestió de casos.

La fragmentació a què en moltes ocasions se sotmet el pacient, el fa ser més vulnerable, menys autònom i més dependent de tota una sèrie de recursos que no només són viscuts com a insuficients, sinó també com a ineficients. L'autonomia és fonamental per als usuaris, però la majoria de vegades el trastorn mental limita les capacitats per accedir a qualsevol recurs, ja sigui per manca de consciència o bé per gestionar la seva pròpia autonomia.

El PSI s'inicia amb la detecció d'un possible beneficiari del programa per part dels professionals que atenen l'usuari a la xarxa de salut mental. La inclusió al programa ve determinada per la formulació d'uns objectius que s'han d'aconseguir derivats de les necessitats detectades i del compliment de criteris que defineixen el malalt diagnosticat com a TMS/TMG:

1. Criteris diagnòstics i clínics: persones majors de 18 anys amb un diagnòstic de TMS/TMG. El concepte de TMS/TMG engloba un conjunt d'entitats nosològiques de diferents naturaleses i presentacions clíniques, que tenen en comú criteris de gravetat i persistència en el temps, amb tendència al deteriorament i a l'alteració de les relacions personals, familiars i socials de la persona que les pateix. No s'inclouen les persones amb diagnòstic primari d'abús de tòxics, retard mental o trastorn mental orgànic.
2. Criteris socials: repercussions psicosocials relacionades amb incapacitats funcionals, dependència, sobrecàrrega familiar, o bé en l'absència de família o xarxa social. S'utilitza l'escala GAF (GAFF, 2010) com a eina de qualificació del funcionament social i laboral de les persones majors de 18 anys. Per a la inclusió al servei és necessari una puntuació igual o inferior a 50.
3. Criteri d'utilització de serveis: utilització d'un o més serveis de salut mental de manera prolongada i/o reiterada, amb previsió d'utilització de multiplicitat de serveis o desvinculació de la xarxa sanitària i/o social.

La inclusió al PSI es realitza conjuntament amb els tres CPI i el coordinador del sector. Si s'accepta el cas, se li assigna un referent responsable (depenent del territori on visqui l'usuari), que s'ocuparà de la coordinació dels serveis, la planificació, l'execució i l'avaluació dels pro-

jectes individualitzats, com també d'assegurar la continuïtat de l'atenció sociosanitària més adequada a cada moment.

La formulació del projecte individualitzat es realitza mitjançant el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN), (Phelan *et alii*, 1995). És una eina utilitzada per valorar les necessitats percebudes per l'usuari i el professional en relació a 22 àrees bàsiques (allotjament, alimentació, cura de la llar, cura personal, activitats diàries, salut física, símptomes psicòtics, informació de l'estat de salut i tractament, angoixa, seguretat cap a un mateix, seguretat cap als altres, alcohol, drogues, companyia, relacions de parella, sexualitat, cura dels fills, educació bàsica, telèfon, transport, diners i ajudes socials).

Cadascuna d'aquestes àrees està estructurada en quatre seccions que mesuren les necessitats cobertes i no cobertes, i el nivell d'ajuda rebuda de l'entorn familiar i dels professionals de la salut. Té propietats psicomètriques adequades, qualsevol professional pot utilitzar el qüestionari (es necessiten 30 minuts), i incorpora l'opinió de l'usuari i el professional. "Hi ha nombrosos estudis que avalen la fiabilitat i la validesa de la CAN. Cal destacar l'estudi EPSILON, dut a terme a cinc països europeus. El seu objectiu era traduir i adaptar transculturalment aquest instrument normalitzat i verificar la fiabilitat i la validesa de la versió europea, resultant en un bon partit tant intraobservadors com interjutges. En un altre estudi nòrdic, els autors van trobar que el CAN pot tenir un alt grau d'aplicabilitat en relació a diferents tipus de pacients i serveis, a més de ser sensible a les diferències en les necessitats entre subgrups de pacients" (Zúñiga *et alii*, 2013).

Aquest projecte, orientat a desenvolupar la màxima autonomia i responsabilitat de la persona dins l'equilibri que pugui assolir, es fa al inici de la intervenció amb el pacient i es pacta una valoració i revisió conjunta i continuada semestralment de les necessitats detectades, així com del projecte formulat.

La finalitat del projecte individualitzat és que l'individu diagnosticat de TMS/TMG en grau de cronicitat aconsegueixi la recuperació amb la màxima qualitat de vida que pugui oferir l'entorn i les pròpies capacitats personals.

PSI: El model centrat en la persona, els seus beneficis, dificultats i reptes

Prenent el model assertiu comunitari com a referència, el 1997 neix a Catalunya el PSI (Pla de Serveis Individualitzat), una iniciativa del Departament de Salut. La seva justificació era i continua essent generar una estratègia assistencial que respongui a les necessitats sociosanitàries d'un grup d'usuaris amb característiques especials.

No hi ha un únic model de gestió de casos, i les diverses experiències realitzades varien segons els diferents àmbits d'intervenció i població diana: Seguint Mueser (Mueser *et alii*, 1998):

1. Model d'Agència de Serveis (Broker case management)
2. Case Management Clínic (CMC, clinical case management)
3. Case Management Intensiu (CMI, intensive case management)
4. Model de competències
5. Model rehabilitador
6. Tractament Assertiu Comunitari (ACT, Assertive community treatment)

El PSI es basa en el model de gestió de casos, o *case management*, utilitzant més freqüentment el tractament assertiu comunitari (TAC). El TAC ens serveix no només per mantenir un contacte regular i més freqüent amb el pacient i la seva família, sinó també per mobilitzar la situació clínica del pacient al mateix temps que es treballa el tractament rehabilitador individualitzat necessari en cada cas; en el concepte de recuperació de la persona amb un diagnòstic de trastorn mental sever (TMS/ TMG), utilitzant el model d'atenció integral dins d'una psiquiatria comunitària.

Seguint les directrius de l'OMS, serà l'eina que permetrà establir per a cada situació individualitzada no només les necessitats de cada persona amb TMS, sinó també els objectius terapèutics i de rehabilitació que es persegueixen, els serveis sanitaris i socials que es requereixi mobilitzar, i la valoració de la durada estimada de la utilització d'aquests serveis, definint-se com un mètode organitzatiu i un procés actiu de gestió dins de la comunitat per als pacients amb TMS.

En primer lloc, el PSI intenta adaptar els serveis sanitaris i socials a les necessitats concretes de cada pacient apropant-los al seu medi natural per consolidar la continuïtat assistencial, com també disminuir l'aïllament social i familiar augmentant la participació de l'usuari i la família en la planificació, l'execució i l'avaluació de la seva atenció. D'altra banda, també pretén promoure en l'usuari i família canvis d'actitud, facilitant informació sobre processos de la malaltia, factors predeterminants i desencadenants, i també aconseguir la vinculació dels malalts per facilitar l'adherència a la xarxa sanitària amb el seu projecte terapèutic i amb una intervenció integral psicosocial realitzada en coordinació amb altres professionals i recursos de la xarxa sanitària i social.

Els objectius del PSI són:

- Estimular i potenciar les capacitats de l'usuari: el CPI ha de ser vist com un facilitador del canvi a través de la vinculació en termes de relació d'ajuda. Tenir la capacitat de veure la persona com un tot i no com a fragments, per així ser capaç d'implicar l'usuari en el seu procés terapèutic.

- Fomentar els recursos personals del pacient fent-lo partícip i implicar-lo en el seu propi tractament, ja que d'aquesta manera podrà començar a prendre les seves pròpies decisions i responsabilitats.

- Promoure l'autonomia i independència: en aquesta idea de la recerca de recursos i oportunitats, el CPI ha de promoure la utilització d'autodescobriments i treballar amb l'usuari aprenentatges que li permetran conviure amb la malaltia; només d'aquesta manera podrà tornar a tenir el control de la seva vida.

- Evitar el control: encara en moltes ocasions el CPI és viscut per part dels usuaris com una persona de control o que "pauta" les regles del joc, cal tenir la capacitat de transformar-la en un pensament de "col·laboració".

- Respectar els drets i els deures de l'usuari com a usuari dels serveis: mira per l'oportunitat de créixer en totes les circumstàncies, millora i reconeix l'esforç i els canvis positius que l'usuari està fent al llarg de la seu projecte.

En segon lloc, el PSI hauria de garantir la continuïtat d'atenció i suport directe a les persones amb TMS i les seves famílies, esdevenir el pont entre el professional i la família per promoure la comprensió de la malaltia i el seu tractament disminuint l'impacte de la malaltia en l'entorn del pacient. La família necessita una atenció específica per poder respondre als seus problemes i necessitats, ja que proporciona un entorn segur que facilita la recuperació del malalt.

En tercer lloc, un dels objectius de la PSI seria elaborar, executar i avaluar projectes individuals per adaptar-los a les necessitats i expectatives de cada pacient. Treballant amb el mateix propòsit, es facilita no només la creença de la recuperació a través de l'empoderament amb la participació dels diferents afectats (família-usuari-serveis professionals), sinó també la redefinició del terme *recuperació* com a innovador.

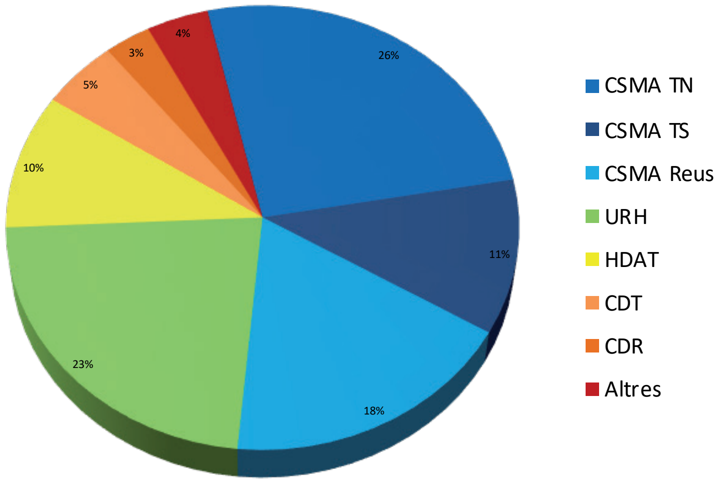
En el context de la salut mental, la paraula *empoderament* es refereix al grau d'elecció, influència i control que els usuaris dels serveis de salut mental poden exercir en els diferents esdeveniments que es produeixen a les seves vides. Des del model de la recuperació, la decisió sobre els tipus de serveis i els objectius pertinents adaptats a les possibilitats de cada persona és un element clau per a l'èxit del procés de recuperació.

La clau que obre les portes de l'empoderament és l'eliminació dels impediments formals i informals, així com la transformació de les relacions de poder entre els individus, comunitats i serveis.

Finalment, en quart lloc, la coordinació entre els diferents serveis i intervencions proposades i consensuades entre usuaris i dels professionals fan que els resultats siguin més eficaços i sobretot plens de significat i valor per tot el treball realitzat per tots els agents implicats: usuari, família i professionals.

Resultats de la implementació del PSI en el Camp de Tarragona

Des de l'inici del PSI i fins al moment actual, s'han atès al servei un total de 294 pacients diagnosticats de TMS/TMG derivats dels diferents serveis de la xarxa de salut mental del Camp de Tarragona: Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA), Hospital de Dia d'Adults (HDA), Centres de Dia (CD), Unitat de Rehabilitació Hospitalària (URH), etc.

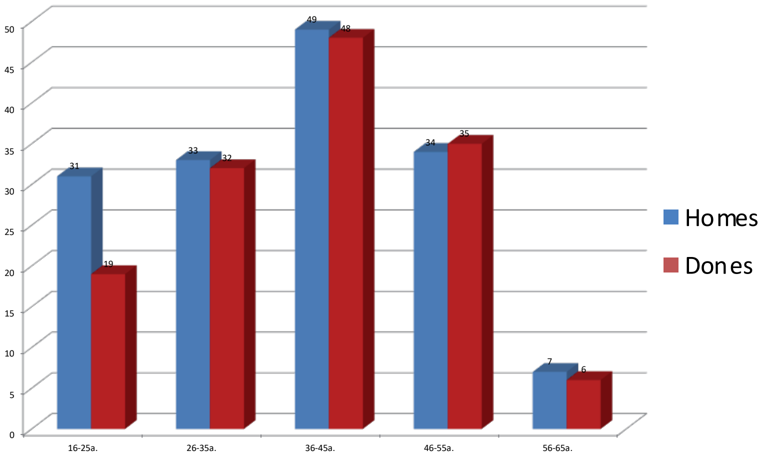


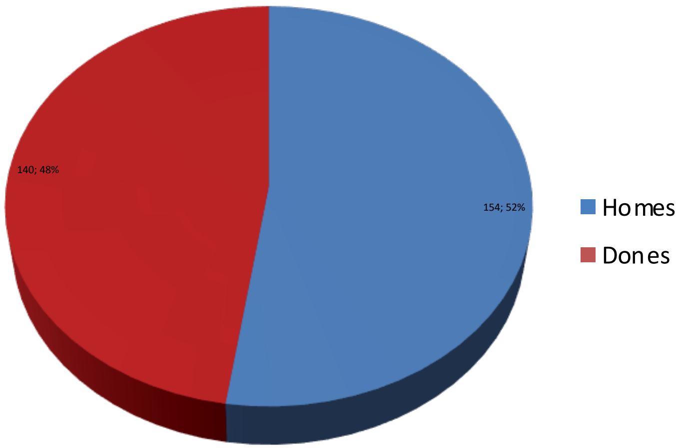
Centres derivadors de pacients a PSI. Gràfica d'elaboració pròpia

Dels 294 pacients registrats durant aquest període, 23 són reingressos i 35 corresponen a pacients que per incompliment de criteris no han estat inclosos al programa.

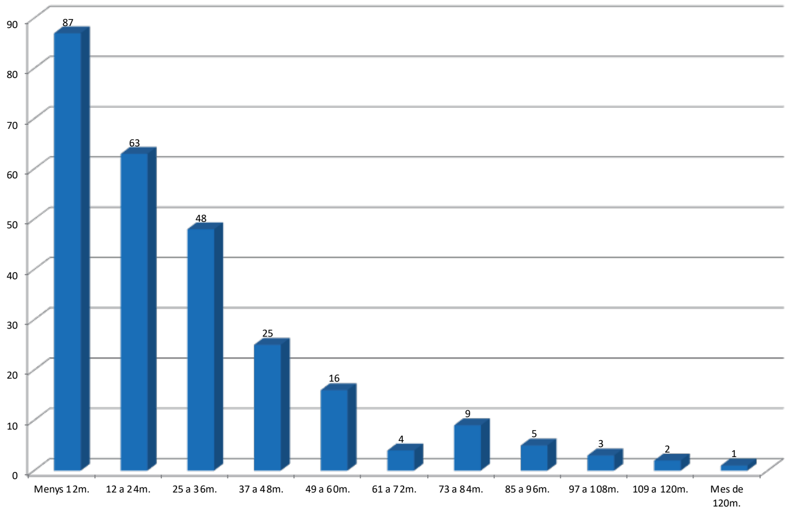
Fins al desembre de 2017 s'han realitzat un total de 204 altes en el servei (amb tots els objectius complerts, per canvi de projecte o residència, per defunció i per no vinculació i/o refús al projecte) i es manté l'atenció al servei de 45 pacients de manera continuada.

El perfil atès al programa correspon a un home (154 homes i 140 dones), d'uns 45 anys (edat dels pacients atesos, entre els 18 i 65 anys) derivat del Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA) de la zona, amb un diagnòstic d'esquizofrènia paranoide i que rep tractament des de fa 22 mesos.

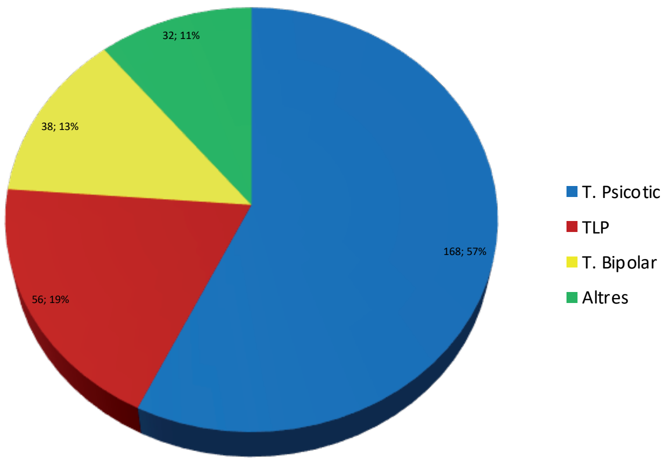




Relació d'homes i dones ateses al PSI. Gràfica d'elaboració pròpia.



Relació d'estada mensual de les persones beneficiàries de PSI.
Gràfica d'elaboració pròpia.



Diagnòstic principal de les persones beneficiàries del PSI. Gràfica d'elaboració pròpia.

Durant els 13 anys d'implementació del servei PSI al territori s'ha constatat que la vinculació de l'usuari amb el seu CPI referent es fonamental perquè s'aconsegueixin els objectius formulats al seu projecte terapèutic. La relació i el vincle amb el PSI i el compromís de col·laborar activament al programa són essencials en el procés de rehabilitació.

L'inici d'aquest procés se centra en la presa de consciència (*insight*) del subjecte i del vincle amb el CPI. La relació amb el pacient té un enfocament assertiu i s'intervé activament sempre que la situació ho requereixi.

En la planificació dels projectes personalitzats, es procura aconseguir la màxima individualització i potenciar més les capacitats sanes de l'individu que tractar la patologia. Es formula un projecte dinàmic i flexible, amb objectius personalitzats que atenen les necessitats i capacitats de l'usuari i del seu entorn, orientats a aconseguir la màxima autonomia i responsabilitat. Una autonomia que els usuaris, a l'alta del PSI, han mantingut en la seva majoria i que ha proporcionat una percepció d'una millora de la qualitat de vida, d'un nivell més elevat d'autoestima i més seguretat en moltes de les decisions que ha anat afrontant amb posterioritat.

S'observa i es constata una significativa reducció dels ingressos a l'hospital psiquiàtric per part dels pacients inclosos al PSI, i en les situacions en què s'ha requerit realitzar algun ingrés, s'ha evidenciat una reducció considerable del temps de permanència i una millora de la vivència hospitalària per part de l'usuari i de la seva família.

El CPI no pot oblidar la família de l'usuari, que ha vist com el seu futur i les seves expectatives com a membres d'una mateixa unitat han desaparegut per la malaltia. El patiment i la no acceptació de la situació que els toca viure fa que en moltes ocasions necessitin un espai per poder descarregar aquesta frustració, ràbia, etc. El CPI haurà d'acompanyar i facilitar un suport familiar i treballar de manera activa amb els membres de la família com a part fonamental i necessària dins el projecte terapèutic i de rehabilitació del pacient.

En aquest sentit, el suport i el treball comunitari són intervencions primordials que contribueixen a millorar l'educació per la salut i, en general, les actituds de la comunitat respecte als malalts mentals.

Conclusions

El PSI té la possibilitat, pel fer d'estar a la comunitat, de tenir no només un coneixement de la realitat més propera del pacient i la seva família, sinó també de treballar amb el model (TAC) amb ells, ja que ens permet la utilització de nous patrons de serveis i ens obliga a plantejar-nos noves estratègies que donin resposta a les necessitats diferenciades de cada pacient en els diferents moments del seu procés i el de la seva família.

D'aquesta manera, el PSI és un instrument clau per al desenvolupament d'un servei modern comunitari orientat a aquells pacients desvinculats o en risc de desvincular-se dels serveis comunitaris tradicionals i adaptar-se a les particularitats de cada servei.

Aquest model defineix la idea que tota persona té la possibilitat de superar-se, créixer, canviar i poder aconseguir les metes personals que se li plantegin si se li ofereix el suport, la instrucció i les oportunitats adequades, i també ha d'estar orientat a facilitar a les persones afectades de TMS que siguin ciutadanes de ple dret.

El treball diari de tots els serveis i professionals implicats a potenciar les habilitats i l'autonomia dels TMS hauria de ser el punt de partida perquè es tinguin en compte els recursos necessaris per superar l'assignatura pendent de la societat actual: l'escolta, la cura i l'acompanyament del malalt mental.

Bibliografía

GAFF (The Global Assessment of Functioning) (2010) s'inclou al *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Cuarta Edición, Text Revision (DSM-IV-TR) a l'apartat d'avaluació multiaxial.

Generalitat de Catalunya (2003). Departament de Sanitat i Seguretat. Pla de Serveis Individualitzats (PSI). Barcelona: *Quaderns de salut* núm. 2. CatSalut.

Generalitat de Catalunya (2006). *Departament de Salut. Pla Director de Salut Mental y Addiccions*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Zaragoza: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Mueser, K.; Bond, G.; Drake, R. y Resnick, S. (1998). *Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management*. Schizophrenia Bulletin, 24: 37-74.

Phelan, M.; Slade, M.; Thornicrofth, G.; Dunn, G.; Holloway, F.; Wykes, T., *et alii* (1995). *The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness*. Br J Psychiatry;167: 589-955.

Sacristán, C. (2009). *La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar*. México. Cuicuilco; 16 (45): 166-170.

Zúniga, A.; Navarro, J.; Lago, P.; Olivas, F.; Muray, E. i Crespo, M. (2013). *Evaluación de necesidades en pacientes psiquiátricos graves. Un estudio comunitario.* España: Revista Actas Españolas de Psiquiatría. Vol. 41, núm. 2, p. 115-121.

El treball social. Una mirada des de la intervenció individual, familiar i grupal en l'atenció i la recuperació de dones víctimes de violència masclista

Liliana Carballo Sardegna
SIE Tarragona - Servei d'intervenció especialitzada. Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Direcció General de Famílies

Resum
Aquest article explica el funcionament del Servei d'Intervenció Especialitzada (SIE) creat l'any 2009 a Tarragona donant resposta a la llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista de Catalunya. El seu objectiu és que les dones se sentin en un «espai segur», espai d'escolta sense jutjar-les, un espai de reflexió i de respecte personal on preval la seva dignitat com a persona, tenint sempre en compte les seves preferències i desigs. El model d'atenció del Servei està centrat en la persona (ACP) i els seus principis: la dignitat i l'autonomia, així com de seu l'apoderament. Es remarca, com l'equip ha treballat per tal de "construir un espai de seguretat i calidesa" on les dones siguin ateses amb cura dels seus drets i deures a l'hora de prendre decisions.

Palabras clave
Intervenció social, treball social, dones, violencia masclista, SIE

Abstract
This article details how the Specialised Intervention Service (SIE) works. The service was created in 2009 in Tarragona, as a response to the law against gender violence in Catalonia that was passed on 24 April 2008. Its purpose is for women to feel they have a "safe space", a space free of judgement, a respectful environment for reflection, where their dignity as people prevails, while also bearing in mind their personal preferences and needs. The care model of the Service is focused on the person (ACP) and its principles are the following: dignity, autonomy and empowerment. It is worth noting that the team has worked on a space of safety and warmth where women can be treated in a way that takes into account their rights and obligations when making decisions.

Keywords
Social intervention, social work, women, gender violence, SIE

Presentació

El Servei d'Intervenció Especialitzada (SIE) es va crear l'any 2009 a Tarragona per donar resposta a la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista de Catalunya.

El servei s'adreça a totes les dones de les comarques de Tarragona que es troben en situació de violència masclista, als seus fills i filles i a altres persones del seu entorn que siguin testimonis i/o víctimes, sense discriminació per edat, estat de salut, discapacitats, situació legal, orientació sexual i/o procedència.

Des del començament, l'equip hem treballat per "construir un espai de seguretat i calidesa" per tal que les dones siguin ateses amb cura i tenint en compte els seus drets i deures a l'hora de prendre decisions.

El model d'atenció del Servei està centrat en la persona (ACP) i els seus principis: la dignitat i l'autonomia, així com el seu apoderament.

L'atenció social és una eina fonamental perquè ofereix a les dones l'ajuda necessària per reflexionar, conèixer les opcions de què disposa, prendre decisions i activar les habilitats i els recursos necessaris per sortir de la situació de violència.

Entenem que una de les bases del treball social, que ens demana una intervenció on prevalgui la relació d'ajuda, és l'adaptació als nous tempos, les noves demandes i els canvis de paradigma.

Des del treball social i des del nostre model la intervenció social es desenvolupa a través dels nivells d'intervenció següents:

- Individual: a través de l'acollida i del treball socioeducatiu
- Familiar: a través de l'assessorament i el treball familiar
- Grupal: tallers i grups
- Comunitari: sensibilització, prevenció, formació

L'objectiu és que se sentin en un «espai segur», espai d'escolta sense jutjar-les, un espai de reflexió i de respecte personal on preval la seva dignitat com a persones, tenint sempre en compte les seves preferències i desigs.

A nivell individual i també per preferència de la dona, algunes inicien la recuperació a través del treball socioeducatiu. El Servei ofereix també un treball socioeducatiu per a aquelles dones que ho sol·licitin

Un treball enfocat a les seves capacitats i habilitats, reforçar-les i apoderar-les és part dels objectius del pla de treball.

També es proposa un espai de treball familiar adreçat a les mares i els fills/es que hagin vist afectada la seva relació per qüestions relacionades amb la convivència i l'afectació de la violència masclista.

Respecte a la intervenció grupal, el treball es fa des de l'aprenentatge i el descobriment de les biografies personals i des de l'emmirallament de les relacions personals, creant xarxes de protecció segures entre les dones i fomentant la sororitat femenina.

La intervenció com a treballadora social del servei no seria possible, ni eficaç, sense la formació i actualització permanent i sense l'equip de treball i la interdisciplinarietat.

La intervenció del treball social sense el treball en xarxa, la coordinació de casos i la col·laboració amb els professionals de la xarxa social del territori no seria possible.

El treball social. Una mirada des de la intervenció individual, familiar i grupal en l'atenció i la recuperació de dones víctimes de violència masclista.

Els Serveis d'Intervenció Especialitzada (SIE) són un servei públic especialitzat que ofereix atenció integral i recursos en el procés de recuperació i reparació de les dones que han patit o pateixen situació de violència masclista, i també als seus fills i filles a càrrec. Així mateix, els Centres d'Intervenció Especialitzada incideixen en la prevenció, la sensibilització i la implicació comunitària.

Marc d'actuació

La Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, defineix com a violència masclista "la violència que s'exerceix contra les dones en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones, i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, intimidacions o coaccions, té com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat".

Aquesta llei fa un abordatge de totes les formes d'exercir la violència masclista i també situa *els àmbits en què es pot produir:*

- Violència en l'àmbit de la parella: Violència física, psicològica, sexual o econòmica exercida sobre les dones i realitzada per part de l'home que és o ha estat el seu cònjuge o una persona lligada per relacions similars d'afectivitat.
- Violència en l'àmbit familiar: Violència física, sexual, psicològica o econòmica exercida sobre les dones tant majors com menors d'edat, que es dona en el si de la família, que és perpetrada per part de membres de la mateixa família i que està determinada pel marc de les relacions afectives i els lligams de l'entorn familiar.
- Violència en l'àmbit laboral: Violència física, sexual o psicològica que es pot produir tant al centre de treball i durant la jornada de treball com fora del centre i de les hores de treball, sempre que tinguin relació amb la feina.

- Violència en l'àmbit social o comunitari: Agressions sexuals. Assetjament sexual. Mutilació genital femenina o risc de patir-la. Matrimonis forçats. Violència contra els drets sexuals i reproductius de les dones.
- Agressions sexuals: Ús de la violència física i sexual exercida sobre les dones –majors o menors d'edat–, i que està determinada per l'ús premeditat del sexe com a arma per demostrar el poder i abusar-ne.
- Assetjament sexual.
- Tràfic i explotació sexual de dones i nenes.
- Mutilació genital femenina o risc de patir-la. Inclou qualsevol procediment que impliqui una eliminació total o parcial dels genitals femenins o en produeixi lesions, encara que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona.
- Matrimonis forçats.
- Violència derivada dels conflictes armats: Inclou totes les formes de violència contra les dones que es produeixen en aquestes situacions, com ara l'assassinat, la violació, l'esclavatge sexual, l'embaràs, l'avortament i l'esterilització forçades, la infecció intencionada de malalties, la tortura o els abusos sexuals.

El servei va obrir les portes a Tarragona l'any 2009 com a resposta a la normativa de la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista (DOGC núm. 5123).

Compta amb un equip interdisciplinari amb una treballadora social, dues educadores socials, dues psicòlogues (per atenció a dones i fills/filles), una advocada, una mediadora cultural i la directora del servei.

S'adreça a totes les dones de Catalunya que es troben en situació de violència masclista, a les seves filles i fills i a altres persones del seu entorn que en siguin testimonis i/o víctimes, sense discriminació per edat, estat de salut, discapacitat, situació legal, orientació sexual i/o procedència.

Objectiu general del servei

Oferir informació, atenció i recuperació a les dones que han estat o estan en processos de violència masclista, així com als seus fills i filles a càrrec, i potenciar els programes específics i integrals de prevenció, assistència, reparació i treball en xarxa.

Objectius específics del servei

- Proporcionar una atenció social i terapèutica especialitzada i continuada en relació amb el procés de violència viscut.
- Adequar el model d'intervenció social, legal i terapèutic al procés de les dones que han patit o pateixen violència.
- Treballar coordinadament amb els serveis externs, atenent al procés específic de cadascuna de les dones.
- Potenciar la sensibilització i la prevenció de la violència masclista.
- Afavorir la detecció precoç i la promoció del treball en xarxa.

Des d'un inici al servei hem volgut "construir un espai de seguretat i calidesa" on la dona sigui ESCOLTADA i INFORMADA, atesa amb cura i responsable dels seus drets i deures a l'hora de prendre decisions.

El model d'atenció del Servei està centrat en la persona (ACP) i els seus principis: la dignitat i l'autonomia, així com el seu apoderament.

Aquest model situa la persona al centre de l'activitat assistencial, on les capacitats de les persones ateses són més importants que els dèficits, i on els drets d'aquestes persones i l'ètica són la principal guia a seguir.

La intervenció al SIE es regeix per les demandes i necessitats de la dona i dels seus fills/es.

Es parteix de l'autonomia de la dona i de la seva capacitat de decidir, respectant sempre el seu ritme personal en el procés de recuperació

La durada de les intervencions ve marcada pel procés de la dona i/o dels fills/es. No hi ha una limitació en la durada del tractament.

En el cas que una dona finalitzi o abandoni el seu procés de recuperació, la mateixa dona pot sol·licitar de nou tornar a ser atesa pel Servei. L'equip del SIE valorarà, doncs, si aquesta petició és possible.

L'atenció social al SIE

L'atenció social és una eina fonamental perquè ofereix a les dones l'ajuda necessària per reflexionar, conèixer les opcions de què disposa, prendre decisions i activar les habilitats i els recursos necessaris per sortir de la situació de violència.

És necessari tenir competències en:

- Violència masclista a nivell teòric
- Intervenció social amb violència masclista i entrevista social
- Formació específica en perspectiva de gènere
- Coneixements específics en comunicació, programació neurolingüística-PNL, intel·ligència emocional-IE i altres coneixements afins a la intervenció amb persones
- Legislació específica respecte a aquest tema i dels recursos existents als diferents territoris d'influència del servei
- Llei de protecció de dades a nivell terapèutic
- Coneixements específics quant a la detecció de risc en situacions de violència masclista

Els coneixements permeten que mitjançant les entrevistes socials individuals i/o familiars es dugui a terme una anàlisi de la demanda de la dona, de les seves necessitats, de les seves àrees afectades per la violència i dels seus desigs en l'àmbit social.

Es duu a terme una diagnosi social identificant les capacitats personals que ha tingut fins a aquest moment per tal de poder treballar noves competències personals.

Juntament amb la dona i els seus fills/es es detecten aquelles àrees sobre les quals caldria intervenir. Es defineix amb la dona un pla de treball. Aquesta intervenció permet l'exploració valorativa i diagnòstica del cas.

Els objectius del treball social al servei

- Avaluar l'impacte de la violència en els diferents aspectes socials
- Reconèixer els indicadors micro i macro de les violències masclistes
- Acompanyar la dona en el procés de resolució dels aspectes socials necessaris
- Promoure la reflexió i l'autocrítica de paradigmes socials patriarcals
- Avaluar la situació de risc tant de la dona com, si escau, dels infants en aquesta situació i planificar la intervenció en conseqüència
- Promoure la prevenció de noves relacions abusives
- Treballar puntualment amb les persones de l'entorn de la dona que facilitin el seu procés de recuperació
- Promoure el trencament intergeneracional de la violència masclista

Des del treball social i des del nostre model, la intervenció social es desenvolupa a través dels nivells:

- Individual: a través de l'acollida i del treball socioeducatiu
- Familiar: a través de l'assessorament i treball familiar
- Grupal: tallers i grups
- Comunitari: sensibilització, prevenció i formació

L'acollida és l'espai de «rebre-les» i, per tant, un espai per «donar-los», un espai en un context de caliu, amabilitat, seguretat, respecte i confiança. Se'ls dona informació i assessorament.

L'objectiu és que se sentin en un «espai segur», espai d'escolta sense jutjar-les, un espai de reflexió i de respecte personal on preval la seva dignitat com a persona, tenint sempre en compte les seves preferències i desitjos.

Es treballa a través de les entrevistes individuals per conèixer la dona, les opcions de què disposa, donant suport i reforç en les seves habilitats, capacitats i recursos personals.

En el procés d'acollida les tasques són recollir el motiu de consulta i iniciar la vinculació de les dones amb el servei, identificar la situació de violència i valorar la situació de risc, i clarificar les demandes i poder transformar-les en objectius de treball per a les dones i els seus fills i filles.

La informació recollida s'estructura i s'organitza per tal de traspassar-la a la resta de l'equip de professionals a la reunió d'equip.

Programa d'atenció social

L'atenció social és una eina fonamental, perquè ofereix a les dones l'ajuda necessària per reflexionar, conèixer les opcions de què disposa, prendre decisions i activar les habilitats i els recursos necessaris per sortir de la situació de violència.

La treballadora social ofereix acompanyament en aquest procés de decisió, de presa de consciència i de mobilització de recursos personals i externs (accés al mercat laboral, habitatge, entre d'altres), realitza un diagnòstic social, entès com un procés d'aproximacions successives que proporciona un coneixement de la realitat concreta i que permet identificar carències, necessitats, problemes i aspiracions, així com la seva magnitud.

Una vegada elaborat aquest diagnòstic es passa a la intervenció: priorització de necessitats, establiment d'accions/objectius que donin respostes a les necessitats, avaluació i redefinició d'objectius.

Un treball enfocat a les seves capacitats i habilitats, per reforçar-les. L'apoderament és un dels objectius en el pla de treball.

Els criteris d'intervenció socioeducativa són:

- Dificultats de la dona per identificar la violència masclista
- Acompanyament reflexiu a la presa de decisions

- Ajudar la dona a separar i diferenciar la culpabilitat i la responsabilitat des de la perspectiva de gènere
- Reflexionar sobre els estereotips i rols de gènere que influeixen la vida quotidiana de la dona i la seva presa de decisions
- Reflexionar amb la dona altres formes de relacions de parella no abusives, basades en la igualtat, el respecte mutu i la confiança
- Analitzar juntament amb la dona les seves creences limitadores
- Acompanyar en la decisió d'intervenció psicològica
- Reforçar les seves capacitats i habilitats per aconseguir l'autonomia plena

A nivell familiar

El servei també atén famílies de dones pares/mare preocupats/ades per la vida i la relació de parella de les seves filles, que perceben una afectació (pel comportament) en la relació amb les seves filles i necessiten saber com recuperar la relació/vincle per tal de poder ajudar-les.

Aquest espai d'assessorament familiar es treballa donant eines i pautes de relació, informant dels drets, dels serveis i de la xarxa disponible en aquests casos.

També es proposa un espai de treball familiar adreçat a mares i els seus fills/es que hagin vist afectada la seva relació per qüestions que tenen a veure amb la convivència i l'afectació de la violència masclista.

A nivell grupal

Aquest any 2017 s'han dut a terme tallers anomenats «arbre genealògic», on es descobreix com influeixen els ancestres en la nostra vida. Com, identificant les emocions, aconseguim descobrir les patologies, com la ment i el cos estan més vinculats del que creiem. Aquest taller es treballa a partir de les premisses de la psicobiogenealogia.[1]

1 S'ocupa de la comprensió subjectiva de la persona des de la seva biografia individual. Psicobiogenealogia: aborda la dimensió objectiva, biològica i subjectiva de la psique i les relaciona amb la dimensió col·lectiva, a partir de la família i de les relacions.

Es duen a terme també grups d'acollida. És un espai destinat a identificar quin procés personal necessita cada dona, on les dones poden abocar el seu malestar i buscar emmirallar-se en altres dones en la mateixa situació.

A nivell comunitari

Treballar la dimensió comunitària de la violència és treballar amb la prevenció i la identificació de les relacions abusives, de totes les formes de violència. Mitjançant xerrades, col·loquis, debats, ponències… es visibilitza la violència, la situació de les dones, dels seus fills i filles, i es posen de manifest a nivell comunitari les repercussions de la violència en la vida privada i en la societat, i s'informa de les possibles accions i recursos de què disposa el territori.

La intervenció com a treballadora social del servei no seria possible ni eficaç sense la formació i l'actualització permanent i sense l'equip de treball i la interdisciplinarietat. Darrere de la tasca professional de treball social, visites individuals, accions grupals… és imprescindible el suport i l'acompanyament de la resta de l'equip de professionals, que aporta una tasca conjunta, seriosa, responsable i amb criteris comuns.

Per concloure, l'objectiu del Servei és crear un espai per a les dones i amb les dones, des de la seva voluntat de canvi personal, un espai de RE-coneixement, de RE-construcció, de RE-novació personal.

Reconnecta't

Treballadores i treballadors socials del Departament de Benestar Social i Família del Consell Comarcal del Tarragonès

Resum

El Programa Reconnecta't és una aposta del Consell Comarcal del Tarragonès per crear serveis centrats en la persona enlloc de persones centrades en els serveis. Des de aquest, vol "reconnectar" a les persones a la xarxa d'atenció de Serveis Socials i oferir suport per debilitar els factors que generen la pobresa energètica i l'exclusió residencial. Per fer això, es planteja treballar en comunitat amb tots els agents del territori possible per lluitar contra les conseqüències o els factors que determinen la pobresa energètica: administracions locals, empreses privades, professionals dels Serveis Socials, etc.

Paraules clau

Persona, serveis socials, pobresa energètica, desenvolupament comunitari, apoderament

Abstract

The Programa Reconnecta't is a project by the Tarragonès District Council to create services that focus on individuals, instead of individuals who focus on services. The Consell wants to use this project to "reconnect" people to the Social Services network. It also wants to offer support to mitigate the factors that cause energy poverty and exclusion from accommodation. To achieve this, experts suggest working as a community with help from all stakeholders in the territory who are involved: local administrations, privately-owned companies, professionals from the Social Services sector, etc. In this way it is possible to fight against the consequences or factors that cause energy shortage.

Keywords

Persons, social services, energy poverty, community development, empowerment

Presentació

A partir del desplegament de la Llei 24/2015 de mesures urgents per afrontar l'emergència en l'àmbit de l'habitatge i la pobresa energètica, les administracions locals es troben amb el gran repte de treballar per garantir allò que ja és reconegut com un dret garantit, el dret a l'accés als subministraments bàsics; llum, aigua i gas. En l'aplicació de la llei es detecten noves necessitats, tant en la metodologia com en l'atenció a les persones en situació de pobresa energètica. Per respondre a aquestes necessitats, es fa necessari superar el marc estricte dels serveis socials i oferir solucions d'innovació social.

En l'aprofundiment de l'atenció de les situacions de pobresa energètica, es fa patent la dimensió de la problemàtica, que va més enllà d'una qüestió econòmica, per tant, es pot dir que hi ha diversos factors que ho determinen: el nivell de renda, les condicions de la llar afectada i les condicions contractuals de les companyies subministradores. El coneixement d'aquests factors per part de la persona serà determinant per al seu apoderament.

Quan parlem de pobresa energètica es fa evident que parlem de necessitats bàsiques, per tant, s'ha de tenir present que hi ha un primer nivell d'atenció que s'ha d'atendre; la garantia d'accés o manteniment és el primer pas. Però superar aquest marc estricte dels serveis socials implica anar més enllà. Des del Programa RECONNECTA'T es planteja treballar en comunitat amb el màxim nombre possible d'agents del territori per lluitar contra les conseqüències o els factors que determinen la pobresa energètica: administracions locals, empreses privades, professionals dels serveis socials, etc.

No es tracta tan sols d'implicar els agents del territori a treballar amb persones a través d'una problemàtica determinada, es tracta de posar les persones al centre de les accions. Això vol dir que ja no són les persones, les que giren a l'entorn d'un servei o recurs.

Per tant, les accions executades per diferents serveis i agents del territori es canalitzen a través d'un programa que pretén unificar i donar una resposta més eficient a la persona anul·lant l'"efecte pilota", en què, per una mateixa problemàtica, la persona rebota per diferents serveis. Treballar el desenvolupament comunitari i el treball interdepartamental o tranversal és el pas previ a crear programes, serveis i recursos centrats en la persona.

A partir de l'experiència del programa RECONNECTA'T, trobem metodologies que, aplicades a altres programes, fan possible oferir serveis centrats en la persona en lloc de persones centrades en els serveis.

Marc institucional

El Consell Comarcal del Tarragonès és un ens supramunicipal encarregat de l'administració de la comarca del Tarragonès. Està format per diferents departaments que busquen satisfer les demandes de tots els municipis del Tarragonès. Hi estan representades totes les forces polítiques dels ajuntaments del Tarragonès, i la principal prioritat és donar suport als municipis, especialment als més petits i amb menys recursos propis, per tal de cobrir les necessitats dels ciutadans del Tarragonès amb els millors serveis, amb el convenciment que a partir de la unió de diferents veus i opinions, i mitjançant el diàleg, aconseguirem que tota la comarca, municipis i ciutadans, tinguin les seves necessitats cobertes.

El programa RECONNECTA'T depèn del Departament de Benestar Social i Família, i s'executa durant el 2017 a través del Pla d'Inclusió i Cohesió Social amb la col·laboració i el suport de la Unitat d'Atenció Primària.

El plans locals d'inclusió social són una estratègia europea amb què es poden dotar els municipis per lluitar contra la pobresa i afavorir la inclusió social. Des de l'any 2010, el Consell Comarcal del Tarragonès, a través de l'Àrea Bàsica de Serveis Socials, disposa del Pla Comarcal d'Inclusió i Cohesió del Tarragonès (PLIS Tarragonès), que es desenvolupa a través del contracte programa del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Fonaments que justifiquen l'acció

La Llei 24/2015, de mesures urgents per afrontar l'emergència en l'àmbit de l'habitatge i la pobresa energètica, defineix la pobresa energètica com la dificultat per afrontar les factures dels subministraments bàsics d'electricitat, gas i aigua.

Existeixen altres definicions amb conceptes que giren a l'entorn de la incapacitat per mantenir una llar a una temperatura adequada o a la incapacitat de afrontar les despeses dels subministraments. En tot cas, les evidències posen de manifest que hi ha tres factors principals que determinen que una unitat de convivència pateixi pobresa energètica:

- El nivell de renda de la unitat de convivència.
- Les condicions de la llar que determina la eficiència energètica.
- Els preus establerts per les companyies subministradores.

A partir del desplegament de la llei coneguda com Llei 24/2015, *les administracions locals es troben amb el repte* de vetllar perquè cap llar que es trobi en una possible situació d'exclusió residencial es quedi sense accés als subministraments bàsics, tal com determina el seu article 6.1 "Les administracions públiques han de garantir el dret d'accés als subministraments bàsics d'aigua potable, de gas i d'electricitat a les persones i unitats en situació d'exclusió residencial (...)" (Llei 24/2015, del 29 de juliol, de mesures urgents per afrontar l'emergència en l'àmbit de l'habitatge i la pobresa energètica).

Es valora que es troben en *risc d'exclusió residencial* persones o unitats familiars amb ingressos inferiors a 2 vegades l'indicador de renda de suficiència de Catalunya (IRSC, a partir d'ara) per a persones que viuen soles; a 2,5 IRSC, si es tracta d'unitats de convivència, i 3 vegades l'IRSC en persones discapacitades o amb gran dependència. Durant el 2017 es va quantificar en 569,12 € mensuals i 7967,73 € anuals. En combinació amb els ingressos, també es té en compte la zona on estigui situat l'habitatge.

La Llei 24/2015, de 29 de juliol, *desplega un procediment d'actuació* que l'Àrea Bàsica del Tarragonès del Departament de Benestar Social i Família del Consell Comarcal del Tarragonès ha incorporat al seu procediment, vetllant per l'aplicació del principi de precaució de mesures per evitar que cap llar en situació de risc d'exclusió residencial es quedi sense subministraments bàsics (llum, gas o aigua).

Durant l'any 2016, amb el desplegament de la llei, l'Àrea Bàsica de Serveis Socials del Tarragonès i Vila-Seca va rebre 1.104 peticions d'informe per part de consumidors i empreses subministradores per impagament de factures de subministraments bàsics amb l'objectiu de determinar si la persona consumidora amb factura impagada es troba en situació de risc d'exclusió residencial.

Un cop els serveis socials reben aquesta demanda, s'emet un informe en 15 dies on es determina si hi ha o no risc d'exclusió residencial. L'informe s'envia a l'empresa subministradora, i aquesta, en rebre l'informe acreditatiu de la situació de risc d'exclusió residencial emès per serveis socials, no pot tallar el subministrament mentre duri la situació.



Quan els serveis socials reben la petició per part de la companyia subministradora i no disposen d'informació de la persona afectada, el/la professional de treball social referent de la zona, seguint el procediment, emet una carta de citació on s'indica que s'ha d'adreçar a les dependències dels serveis socials per tal de ser informat d'una possible interrupció del subministrament i realitzar una valoració socioeconòmica de la seva unitat de convivència. Durant aquest termini l'empresa no podrà procedir al tall de subministrament.

Si la persona afectada no es presenta a les dependències dels serveis socials en el termini establert, el/la professional de treball social referent emet un informe a l'empresa subministradora on consta que no es pot acreditar si la persona o la unitat de convivència afectada es troba o no en una possible situació d'exclusió residencial. Aquesta és, principalment, la població diana a què es dirigeix el programa RECONNECTA'T.

De les 1.104 demandes ateses des de l'Àrea Bàsica del Tarragonès i Vila-seca l'any 2016, 811 fan referència a persones que els serveis socials desconeixien. Pel fet de no tenir-ne dades, es va iniciar el procediment de citació, i passat el termini —entre 10 dies i 2 mesos—, no van acudir ni donar resposta.

Demandes valoració	Persones valorades	No conegudes
1.104	293	811

Valorant l'actuació de l'any 2016, des la Unitat d'Atenció Primària es detecta que un nombre elevat de persones citades des dels serveis socials, amb l'objectiu de valorar la situació econòmica i familiar, no acudeixen a la citació. Atès que el fet de no presentar-se pot suposar que hi hagi persones que estiguin patint una situació de risc d'exclusió residencial real, la Unitat d'Atenció Social Primària va proposar una actuació innovadora, en coordinació amb la Unitat de Ciutadania i Cohesió, que

es concreta en l'impuls del programa de detecció i suport a les situacions de pobresa energètica Reconnecta't, que s'ha de dissenyar i executar en el marc del Pla d'Inclusió i Cohesió Social del Consell Comarcal del Tarragonès.

Objectius principals i població destinatària

El programa Reconnecta't pretén donar resposta a les necessitats detectades en l'aplicació de la Llei 24/2015, *principalment quan les persones afectades no són prèviament conegudes pels serveis socials* i, d'aquesta manera, ser més efectius a l'hora de detectar i donar resposta a situacions de risc residencial i pobresa energètica.

Prioritàriament, RECONNECTA'T s'adreça a les persones afectades per l'impagament de subministraments que, una vegada citades pels serveis socials, en el termini de 10 dies després de la citació no responen ni acudeixen al servei.

També afectarà les persones ja valorades pels serveis socials, amb un pla de treball definit, quan l'equip de serveis socials o un referent de RECONNECTA'T valori la seva participació en accions informatives i formatives de suport per contractar el bo social i prendre mesures d'estalvi energètic.

També s'adreça a la població en general a efectes de sensibilització per a un consum responsable.

Objectius específics

1. *Actuar de forma coordinada* amb la xarxa comunitària i els agents socials, promovent el treball interdepartamental i oferint suport a la unitat d'atenció primària del Departament de Benestar Social del Consell Comarcal del Tarragonès, a través del programa de mesures d'intervenció directa a famílies afectades per impagament de factures de subministraments bàsics.
2. *Impulsar accions preventives* de valoració i diagnosi de la situació individual de les famílies que no acudeixen a la citació dels serveis socials i que poden ser susceptibles de patir situació d'exclusió residencial.

3. *Detectar i resoldre situacions* de vulnerabilitat significativa de pobresa energètica. Valorar la situació de la família i prendre mesures per reduir la situació d'exclusió.
4. *Dissenyar accions preventives* d'informació i formació en estalvi energètic i incorporar-les al pla de treball de la persona usuària.
5. *Impulsar accions de sensibilització* directa i indirecta a la població en general per promoure la coresponsabilitat.
6. *Avaluar* les mesures impulsades i determinar si són efectives.
7. *Generar nous coneixements* en l'abordatge de les situacions que generen la pobresa energètica.

En definitiva, es pretén treballar des d'una perspectiva centrada en la persona, anant més enllà de les actuacions previstes a la llei. La necessitat d'abordar el problema de la pobresa energètica i de detectar aquelles famílies que es trobin en situació d'exclusió residencial i que no solen ser usuàries de la xarxa pública dels serveis socials fa necessari posar a l'abast els recursos de la comunitat i executar accions professionals que superin el marc estricte de l'administració.

El programa RECONNECTA'T vol reconnectar les persones a la xarxa d'atenció dels serveis socials i oferir suport per debilitar els factors que generen la pobresa energètica i l'exclusió residencial, des de l'assistència més primària, la informació, el coneixement dels drets i les obligacions, i la formació per a l'apoderament de la persona. Els agents de la comunitat han de ser també catalitzadors d'aquest procés.

Actors Implicats

- Treballadors socials dels equips bàsics d'atenció social del l'Àrea Bàsica del Tarragonès
- Unitat d'Atenció Primària de l'Àrea Bàsica del Tarragonès
- Servei de Medi Ambient, Salut Pública, Enginyeria Municipal i Territori de la Diputació de Tarragona
- Leroy Merlin
- Agència Catalana del Consum de Tarragona
- Ajuntament d'Altafulla

- Ajuntament de la Canonja
- Ajuntament de Constantí
- Ajuntament de Creixell
- Ajuntament del Catllar
- Ajuntament del Morell
- Ajuntament de la Nou de Gaià
- Ajuntament dels Pallaresos
- Ajuntament de Perafort
- Ajuntament de la Pobla de Mafumet
- Ajuntament de la Pobla de Montornès
- Ajuntament de Renau
- Ajuntament de la Riera de Gaià
- Ajuntament de Roda de Berà
- Ajuntament de Salomó
- Ajuntament de la Secuita
- Ajuntament de Torredembarra
- Ajuntament de Vespella de Gaià
- Ajuntament de Vilallonga del Camp

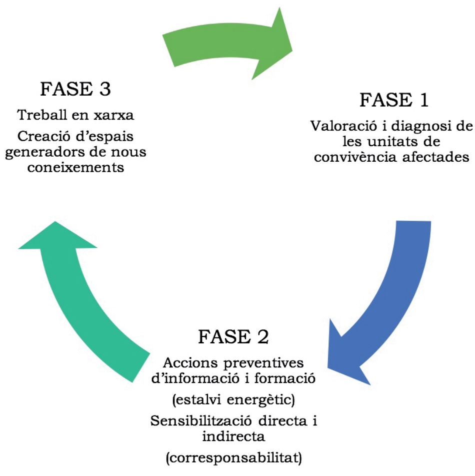
Què fem?

1. *Accions preventives de valoració i diagnosi de la situació individual de les famílies que no acudeixen a la citació dels serveis Socials:* Una treballadora social fa visites domiciliàries per poder establir contacte amb la persona afectada i fer una primera valoració al mateix domicili, per saber si es pot tractar d'una llar en situació d'exclusió residencial.
2. *Accions preventives d'informació, formació i estalvi energètic:* Incorporant-les al pla de treball de la persona afectada i en situació de risc residencial. En aquest cas parlem tant de persones ja valorades al mateix domicili i derivades als serveis socials com de persones usuàries conegudes del servei. La persona usuària ha de comptar amb tota la informació necessària i el coneixement dels seus drets i obligacions. La implicació d'altres serveis

com l'Agència Catalana del Consum o la participació de les companyies subministradores serà indispensable.

3. *Accions de sensibilització directa i indirecta a la població en general en matèria de consum responsable:* Jornades formatives i de treball per al consum responsable, des de la visió de la corresponsabilitat.
4. *Accions de coordinació i treball en xarxa amb els diferents agents que treballen en l'abordatge de la pobresa energètica:* Els agents de la comunitat que poden incidir directament o indirectament en el benestar i l'apoderament de les persones afectades per la pobresa energètica han de treballar en xarxa i centrar-se en la problemàtica.
5. *Creació d'espais d'anàlisi i difusió i generadors de coneixement:* Un coneixement profund de l'impacte de la pobresa energètica a les llars i dels principals instruments per solucionar-ho.

Aquestes accions es desplegaran en tres fases diferents: una primera fase que inclourà l'acció 1, una segona fase que inclourà les accions 2 i 3, i finalment, una tercera fase que inclourà les accions 4 i 5.



Com s'actua?

El treball en xarxa en col·laboració amb els agents del territori participants serà imprescindible per fer arribar la població susceptible al programa i per garantir una atenció que se centri en la persona i no en els serveis.

El primer pas és detectar tots aquells casos en què no ha estat possible acreditar la situació d'exclusió residencial per part dels serveis socials d'atenció primària. Per fer-ho serà imprescindible la coordinació amb la tècnica especialista en gestió de la vulnerabilitat. Això vol dir que és necessari treballar molt estretament amb la Unitat d'Atenció Primària i els EBAS de la zona.

A partir d'aquí es podran elaborar llistats per municipis de les unitats de convivència susceptibles d'entrar al programa i establir, en un segon pas, una col·laboració dels ajuntaments a través del padró d'habitants. D'aquesta manera tindrem una primera visió de totes les unitats de convivència que són susceptibles de formar part del programa.

Les visites a domicili les fa una persona professional del treball social que realitza una primera valoració, segons els ítems descrits en una taula d'indicadors que pretén valorar diferents àrees: *criteris d'atenció especial, criteris d'habitatge i indicadors d'exclusió residencial*

TAULA D'AVALUACIÓ INDICADORS PROGRAMA RECONNECTA'T

DADES PERSONALS

NOM ______________________________ COGNOMS ________________________________

NIF ______________________________ NAIXEMENT ______________________________

SEXE H D TELÈFON ________________________________

EXP. HESTIA ___________________

ADREÇA____

MUNICIPI _______________________ SUBMINISTRAMENT_________________________

	TOTAL	DE 0-3	MENYS DE 16 ANYS	DE 16 A 64 ANYS	ENTRE 65 I 84 ANYS	MÉS 85 ANYS
NOMBRE DE CONVIVENTS						

INDICADORS AVALUABLES SEGONS CRITERIS D'ATENCIÓ ESPECIAL

	PERSONA PRINCIPAL	MÉS D'1 MEMBRE	TOTS ELS MEMBRES
DISCAPACITATS			
FÍSICA			
PSÍQUICA			
SENSORIAL			
PROBLEMES DE SALUT			
MALALTIA MENTAL			
MALALTIA FÍSICA CRÒNICA			
DROGODEPENDÈNCIES/ADDICCIONS			
SOCIALS			
PROBLEMES DE RELACIONS SOCIALS / CONVIVÈNCIA			
VIOLÈNCIA MASCLISTA			
VIOLÈNCIA INTRAFAMILIAR			
AÏLLAMENT SOCIAL			
COL·LECTIU VULNERABLE			
PRECARIETAT LABORAL			
DESOCUPACIÓ			
PETICIÓ D'ASIL / REFUGIATS			
PROCÉS D'EXECUCIÓ PENAL			
DEPENDÈNCIA			
	PERSONA PRINCIPAL	MÉS D'1 MEMBRE	TOTS ELS MEMBRES
GRAU I			
GRAU II			
GRAU III			

INDICADORS D'EXCLUSIÓ RESIDENCIAL SEGONS LA LLEI 24/2015

	1 MEMBRE	MÉS D'1 MEMBRE	DEPENDÈNCIA
NO SUPERA INGRESSOS *			
SENSE INGRESSOS *			

*Ingressos declarats per la persona

INDICADORS HABITATGE

TIPUS		SITUACIÓ		ZONA	
PIS		PROPIETAT		A	
CASA		LLOGUER		B	
ADOSSAT		OCUPACIÓ		C	
ALTRES		ALTRES		D	

SUBMINISTRAMENT	MANCA SUBMINISTRAMENTS	DEUTES	SENSE CONTRACTE	ALTRE TITULAR	BO SOCIAL
AIGUA					
LLUM					
GAS					
GAS I LLUM FACTURA COMBINADA					

OBSERVACIONS

Un cop realitzada la visita i la primera valoració al domicili, per establir si continuem treballant amb la persona o família és imprescindible una coordinació amb la Xarxa d'Atenció Primària del Consell Comarcal del Tarragonès: en coordinacions directes amb la persona professional del treball social referent de l'EBAS, derivacions dels casos no coneguts per l'equip i detecció de problemàtiques no relacionades amb la pobresa energètica, amb la seva corresponent derivació.

Des del Pla d'Inclusió i Cohesió Social es fa seguiment dels casos en coordinació amb l'EBAS de la zona.

S'han de detectar durant el procés possibles persones usuàries que passin a la segona fase del programa RECONNECTA'T (jornades formatives). Aquesta detecció es fa a través dels casos coneguts a la primera fase del programa i també en coordinació entre la tècnica especialista en gestió de la vulnerabilitat i totes les unitats de convivència valorades en situació d'exclusió residencial per l'EBAS de la zona, que passarà a formar part del seu propi pla de treball.

La importància de centrar-se en la persona

Davant una societat canviant, és necessari que les polítiques socials s'adaptin a les noves realitats per a una atenció més efectiva.

Aquest canvi continu a la societat, ha fet que, cada cop més, diversos serveis ofereixin un ampli catàleg d'accions i recursos destinats a donar resposta a noves problemàtiques i necessitats. La realitat actual és que la constitució d'aquets serveis i recursos és molt necessària, però moltes vegades funcionen de manera independent o amb baixa coordinació.

És per això que el desenvolupament comunitari i la figura professional de gestor de casos és fonamental per optimitzar l'àmplia oferta de serveis i recursos, així com perquè l'atenció sigui més efectiva: l'atenció centrada en la persona.

És necessari posar la persona en el centre de totes les polítiques socials i no la persona al voltant d'aquestes polítiques i eliminar o reduir al màxim "l'efecte pilota", en què la persona és "una pilota" que rebota d'un servei a un altre.

Per tant, la potenciació del treball comunitari, el treball transversal o interdepartamental i la implantació del gestor de casos és fonamental per al desenvolupament del treball centrat en la persona.

La mirada de la persona des de diferents perspectives en referència als seus drets (sanitat, educació, habitatge, rendes, serveis socials i lleure) fa que la intervenció social sigui molt més efectiva. Per tant, serà necessari treballar cap a un model de més integració entre l'atenció bàsica, l'atenció especialitzada i els recursos de la mateixa xarxa comunitària.

Bibliografía

Llei 24/2015 de mesures urgents per a afrontar l'emergència en l'àmbit de l'habitatge i la pobresa energètica. <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=700006&language=ca_ES>

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. <http://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=415692>

Sales Campos, Albert (2016). «Sensellarisme i exclusió social. De l'assistència a la prevenció». *Revistes de Treball Social*, número 209-desembre 2016.

Generalitat de Catalunya. Departament d'Atenció i integració Social i Sanitària (2016). *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya*.

IX Jornada de treball social i universitat: l'atenció centrada en la persona "El repte de posar la persona al centre de la nostra atenció residencial"

Toni Guerra Salas
Metge. Direcció Assistencial STS Grup

Resum
La intervenció en residències per a persones grans es dissenya sota els paràmetres de l'ACP, i el fonament és que les persones grans amb dependència o discapacitat mereixen ser tractades amb la mateixa consideració i respecte que qualsevol altre col·lectiu. Els centres necessiten desenvolupar canvis a nivell conceptual, estructural i professional i adaptar-se als nous clients, les expectatives dels quals són diferents de les de generacions anteriors. Les oportunitats són altes, però els impediments, notables.

Paraules clau
Residència, assistència, atenció centrada en la persona

Abstract
Care in nursing homes for elderly people is designed on the principle of patient centred care (PCC), and the cornerstone of this is that elderly people with dependency or disabilities deserve to be treated with the same consideration and respect as anyone else. Nursing homes need to make changes on a conceptual, structural and professional level, and they must adapt to new customers whose expectations differ from those of the previous generations. There is great opportunity for change, but there are also many considerable obstacles.

Keywords
Nursing homes, care, ACP

STS Grup és una organització que treballa amb una plataforma assistencial integral dissenyada per oferir serveis de qualitat a persones grans i dependents. Des del servei d'atenció a domicili (STS Domo), fins als habitatges amb serveis (STS Vitabitat), les residències assistides, els centres sociosanitaris o l'atenció a la discapacitat (STS Assistencial).

STS Grup complementa l'oferta amb la Fundació STS, que a més de promoure projectes encaminats a la millora de l'atenció a les persones és entitat tutelar.

L'empresa actualment disposa de diversos centres en fase d'explotació:

- Centre sociosanitari STS Ciutat de Reus
- Centre residència STS Misericòrdia
- Centre sociosanitari i residència assistida STS Salou
- Residència assistida STS Mirador Barà
- Residència assistida STS Cambrils
- Gestió de la residència per a persones amb discapacitat física a Sant Salvador (Tarragona)

Ens trobem en un moment d'especial transcendència en l'evolució dels models d'assistència a les residencies de gent gran. Els clients, i els anomeno expressament així, són cada cop més coneixedors dels productes i els serveis, tenen més facilitat d'accés a la informació que permet analitzar els punts forts i febles dels centres i, en definitiva, són molt més exigents que les generacions anteriors.

L'evolució del nostre sector residencial, molt més professional, ha permès normalitzar l'accés a les residències i viure amb molta més naturalitat aquests serveis que havien estat tradicionalment molt mancats de prestigi, uns establiments a què hom s'hi acostava només en casos d'extrema necessitat i amb moltes reticències per part de tothom.

Per centrar una mica el tema identificarem algun canvi que ja es pot veure també des de la mateixa definició de l'envelliment.

Algunes de les definicions més clàssiques són:

> L'envelliment és una disminució de la capacitat d'adaptació
>
> (F. Verzan, gerontòleg austríac)

> L'envelliment és la disminució irreversible, amb el pas del temps, de la capacitat de l'organisme o d'algun dels seus membres d'adaptar-se al seu entorn, degut un procés —determinat genèticament— que és progressiu i que es manifesta per una disminució de la seva capacitat de fer de front a l'estrès a què està sotmès i que culmina amb la mort de l'individu.
>
> (G.H. Hunt, director I. Nacional envelliment EUA)

> L'envelliment és un procés de rediferenciació i reintegració de rols i funcions socials que s'esdevé a mesura que l'individu envelleix cronològicament".
>
> (B. Kunter, gerontòleg social)

> Cada persona envelleix en funció de com hagi viscut, per tant, és un procés diferencial; és a dir, si al llarg de la vida una persona ha estat activa, creativa, sociable, autònoma, equilibrada… quan arriba a la vellesa ho seguirà sent.
>
> (J. Ajuriaguerra, psiquiatre)

Però una de les definicions que pot encaixar més en la construcció d'un relat assistencial basat en l'atenció centrada en la persona (ACP) és la que diu:

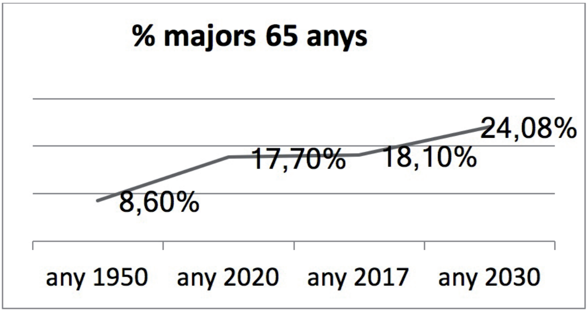
> L'envelliment actiu és el procés d'optimitzar oportunitats per al benestar físic, psíquic i mental a tot el decurs de la vida, per tal d'estendre l'expectativa de vida, la productivitat i la qualitat de vida en l'edat avançada".
>
> (OMS)

Segons descriu Quico Manyos al text *El paper de l'E.S. en una residència*, «el terme *actiu* no es refereix sols a la capacitat d'estar físicament actiu, sinó, principalment, a la participació en la vida econòmica, política, social, cultural i cívica».

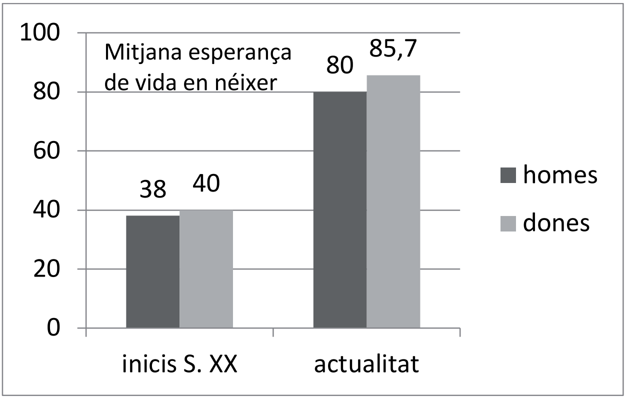
Aquest concepte més ampli ens porta a fer que sigui reconegut que un envelliment actiu és també possible per a les persones amb un cert grau de dependència. I *é*s el que hem assolit a través dels programes d'intervenció assistencials dels centres residencials. Moltes vegades es confonen els conceptes i l'autonomia apareix com al contrari de dependència.

L'autonomia és la capacitat de decisió sobre com viure la vida d'acord amb les pròpies normes i desitjos, i el seu oposat és l'heteronomia, la falta d'autonomia. Aquesta definició deixa de veure les persones velles com a decadents, malaltes, inútils, asexuades i, per tant, que les seves necessitats afectives, econòmiques i socials no cal que siguin tingudes en compte.

Un factor que ens ha de fer reflexionar tant pel que fa a les polítiques de planificació de serveis com a la seva organització és l'increment, progressiu i imparable, de l'envelliment de la població. La proporció de persones més grans de 65 anys ha anat creixent en les darreres dècades, amb previsions d'un 24% l'any 2030.



Tanmateix, l'esperança de vida ha crescut amb força, motivada per factors com la millora de la sanitat, de les condicions socioeconòmiques i higièniques i de les polítiques de prevenció enfocades a l'envelliment actiu. L'esperança de vida en néixer, segons la *Revista española de investigaciones sociológicas*, se situa actualment als 80 anys per als homes i en més de 85 anys per a les dones, i es dupliquen amb claredat les dades de principis de segle xx.



En el nostre àmbit residencial seria un error no estar atents a aquestes canvis evolutius demogràfics, i ens han de motivar preguntes com:

- Les necessitats, voluntats i comportaments de les persones grans del dia de demà seran diferents?
- Influiran sobre models d'atenció, polítiques i mercats?
- Hem de redefinir que el concepte de persona gran sigui a partir dels 65 anys?

El sector residencial ha crescut amb força als darrers anys per diverses motivacions, entre altres, perquè els operadors han vist com una font de negoci amb un futur pròsper la construcció i explotació de centres residencials per a persones grans. Tanmateix, per bé que les persones amb una certa edat poden pensar que la inèrcia els portarà a haver de viure en un complex residencial, potser no és aquesta la preferència de les persones.

Segons el *Llibre blanc de la gent gran amb dependència*, l'anàlisi de les preferències de les persones conclou que:

1. La gent gran vol ser atesa al seu *domicili*, i atorga a la família un paper significatiu en l'atenció a la dependència.
2. Malgrat aquestes preferències, les persones grans tenen un *coneixement pobre sobre les cobertures actuals i l'oferta actual de serveis*, i això limita la seva capacitat per planificar com volen ser ateses en el futur.

3. *No coneixen bé la proposta dels centres residencials i/o no els encaixa* el model d'atenció que se'ls ofereix

És a dir, les persones tenen unes preferències que no encaixen amb els models sociofamiliars actuals, en què les famílies (a diferència del que passava en generacions anteriors) són més obertes, menys extenses i amb menys possibilitats d'implicació directa en la cura de les persones grans; l'evolució natural de les famílies (menor natalitat, més implicació en els àmbits laborals i més participació en els àmbits socials, culturals i de l'oci) limiten la cura de les persones grans i, per tant, cal buscar alternatives. Les propostes d'atenció al domicili, amb molta freqüència fonamentades en solucions a partir de l'economia submergida, presenten unes carències notables en comparació amb les oportunitats d'uns centres residencials de nova generació, moderns i adaptats a les necessitats actuals de les persones.

Aquest fet familiar es projecta al conjunt de la societat; el descens de la natalitat, la disminució de la mortalitat, el canvi de posició de les dones en la societat, els canvis en els models familiars i l'emigració de les persones joves cap a les grans ciutats han provocat canvis en l'estructura demogràfica que condicionen el fet que hi hagi més persones grans i menys membres de la família que se'n poden fer càrrec.

Actualment, a Catalunya hi ha registrades més de 63.739 places de residència (segons fonts de la subdirecció general d'anàlisi i programació del departament de treball, afers socials i famílies) i més de 17.200 places de CD (segons dades recents de l'entitat patronal ACRA).

Aquest nombre és insuficient per cobrir la demanda de les persones que ho poden necessitar. La ràtio que s'estima com a objectiu és per a un nombre de places equivalents al 5% de persones majors de 65 anys del territori. Segons la població actual de Catalunya (dades IDESCAT 2017) les persones majors de 65 anys són un total d'1.399.274, per tant, la necessitat de places de residència estaria al voltant de 69.963. En referència a les places actualment registrades és evident que hi ha una mancança de disponibilitat. Més evident es fa quan s'observa que les llistes d'espera de plaça pública les conformen unes 23.757 persones (segons dades del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, agost 2017). Aquesta llista està conformada per persones dependents de grau II i III, per tant, totes estan valorades i tenen aprovat el seu programa individual

d'atenció (PIA), on es recull aquesta necessitat. Tanmateix, fins a un 42% estan ingressades en algun centre en plaça privada, per la qual reben una PEV. Cal, però, considerar que un nombre elevat de persones, per diferents raons, renuncien a la plaça un cop se'ls ofereix.

La *Cartera de serveis socials* del catàleg classificat dels serveis i prestacions socials del sistema català de serveis socials defineix la residència com un "servei d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral a les activitats de la vida diària per a persones grans amb dependències", l'objecte del qual **és** "facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència i afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social" . L'edat de la població a què va destinat el servei són persones a partir dels 65 anys.

El cert, però, és que el perfil de persones ateses en residències és gent més gran (amb mitjanes d'edat molt llunyanes dels 65 anys del requeriment mínim, ja que se situen per sobre dels 85 anys) i amb elevats nivells de dependències.

Això està motivat per :

- Les persones grans que van entrar a la residència com a substitució de la llar han anant perdent autonomia funcional i han esdevingut persones amb dependència.
- Les persones que hi han ingressat posteriorment ho han fet amb nivells més alts de dependència, atès que han preferit ser atesos a la llar en situacions de baixa dependència.
- El sistema d'accés a la residència afavoreix l'entrada de persones amb alt nivell de dependència.

Aquesta realitat ha motivat una transformació progressiva molt necessària, tant estructural com del marc mental i assistencial de les residències.

L'evolució conceptual dels centres residencials per a persones grans ha experimentat una transformació profunda en pocs anys. Hem passat dels inicials models de residència d'asils, vinculats a ordes religiosos i sistemes d'accés basats en la "beneficència", amb poca expertesa professional i amb molt poca adaptació per poder rebre una atenció basada en el respecte a la intimitat i espais austers i poc confortables, als models

hotelers actuals, amb estructures modernes, adaptades a les necessitats de confort, seguretat i intimitat i fortament professionalitzats.

Tanmateix, la mirada de l'atenció a la persona ha canviat radicalment. Inicialment era una visió paternalista de l'atenció, basada en la protecció de la persona i en la substitució de totes les seves necessitats, fins al punt que es veia minvada la seva capacitat de decisió. Més endavant els models assistencials, basats en l'expertesa dels professionals, se centren en les deficiències de la persona, amb planificacions assistencials decidides pels mateixos professionals, amb poca connexió amb la comunitat, l'enfocament dels objectius és sistèmic, és a dir, molt dirigits a buscar solucions a les necessitats detectades. Actualment el model d'atenció centrat en les persones incorpora la persona-client al centre de l'atenció i mira d'enfortir les seves decisions personals, la seva historia de vida, els principis ètics i les estratègies compartides. L'apoderament de la persona com a resident enforteix el seu vincle amb el centre i afavoreix una atenció més satisfactòria.

De forma transversal i paral·lela, els canvis polítics, econòmics i socials han condicionat canvis en els sistemes d'ajudes i d'accés al servei.

Resulta, doncs, que ens trobem en una situació en què podem desenfocar fàcilment l'orientació del nostre servei. La definició del servei determina unes característiques; el perfil de les persones, en canvi, en determina un de molt diferent i la voluntat de les persones en condiciona una tercera. Llavors?

- L'opció residencial obeeix realment a una opció de vida o és a una necessitat?
- Una residència té la funció d'acollir persones "per viure", persones altament dependents?

La dependència s'inicia per l'aparició d'un dèficit (pèrdua d'una funció), habitualment com a conseqüència d'una malaltia o accident. Aquest dèficit comporta una limitació en l'activitat (discapacitat). La no compensació d'aquesta discapacitat mitjançant l'adaptació de l'entorn provoca una restricció en la participació (minusvalidesa), que és el que es relaciona amb la dependència de l'ajut d'altres per realitzar les activitats de la vida quotidiana.

El nostre principal objectiu, com a centres residencials, és aconseguir que la persona "visqui com a casa seva", però és això plenament possible?

Què és el que planifiquem des dels centres quan parlem de l'atenció centrada en la persona?

El respecte vers les dues dimensions que reflecteixen la capacitat personal:

- L'autonomia, com a dret de controlar la pròpia vida.
- La independència en el desenvolupament de la vida quotidiana.

En el context de la necessitat d'oferir una atenció integral i de qualitat a la vida de les persones, concretem l'atenció en:

- El *benestar* físic i emocional.
- El *respecte* i el suport de les pròpies decisions i preferències en relació a la vida quotidiana.
- La promoció de la *independència* des de la creació d'entorns físics i socials facilitadors.
- La protecció i la garantia de la *intimitat* i la privacitat.
- La *protecció* de la pròpia identitat i de la cura de la imatge personal.
- El foment de la *inclusió social.*
- El *respecte* a l'edat adulta.

Posar el focus en l'ACP comporta la implicació de l'equip en l'abordatge de dues dimensions, l'atenció a la persona i l'entorn positiu, que condiciona el coneixent d'unes característiques de cadascuna d'elles i la necessitat d'adoptar uns canvis i estratègies d'intervenció coherents amb aquestes.

- Atenció a les persones
  - Coneixement de la persona
  - Reconeixement i respecte a la persona
  - Promoció de l'autonomia
  - Tracte personalitzat

  - Protecció del benestar físic
  - Promoció de la independència
  - Protecció de la intimitat
- Entorn positiu
  - Espai físic i ambient significatiu
  - Relacions socials
  - Organització amiga

La Sra. Teresa Martínez Rodríguez (psicòloga gerontòloga i experta en ACP) és la persona que més ha treballat en el desenvolupament del model; les seves aportacions són d'una rellevància capital per a l'estructuració d'un projecte d'atenció diferent al desenvolupat fins ara i que es pot concretar en el següent esquema:

Models centrats en la persona	Models centrats en el servei
Situen el focus en les capacitats i habilitats de la persona.	Se centren en els dèficits i necessitats; tendeixen a etiquetar.
La seva intervenció és global i parlen de plans de vida.	Intervenen en nivells més concrets: conductes deficitàries, alterades, patologies, etc.
Es comparteixen decisions amb usuaris, amics, família, professionals.	Les decisions depenen fonamentalment dels professionals.
S'integren les persones dins la seva comunitat i el seu entorn habitual.	S'enquadren les persones en el context dels serveis socials.
S'acosten les persones descobrint experiències comunes.	Distancien les persones emfatitzant les seves diferències.
Esbossen un estil de vida desitjable, amb un il·limitat nombre d'experiències desitjables.	Planegen la vida composta de programes amb un nombre limitat d'opcions.

Models centrats en la persona	Models centrats en el servei
Creen equips de planificació centrada en la persona per solucionar els problemes que vagin sorgint.	Confien en equips estàndards interdisciplinaris.
Responsabilitzen els que treballen directament per prendre bones decisions.	Deleguen el treball en els que treballen directament.
Organitzen accions a la comunitat per incloure usuaris, família i treballadors.	Organitzen reunions per als professionals.
Responen a les necessitats basant-se en responsabilitats compartides i compromís personal.	Responen a les necessitats basant-se en la descripció dels llocs de treball.
Els serveis poden adaptar-se i respondre a les persones. Els recursos es poden distribuir per servir els interessos de la gent.	Els serveis no responen a les necessitats individuals. Mantenen els interessos professionals.
Les noves iniciatives valen la pena fins i tot si tenen un petit començament.	Les noves iniciatives només valen si es poden implantar a gran escala.
Utilitzen un llenguatge familiar i clar.	Fan servir un llenguatge clínic i amb tecnicismes.

Per adaptar els models d'intervenció establim elements que marquen la diferència entre els models desenvolupats fins al moment. Els més importants són:

Estratègies per conèixer la persona

El model el centrem en l'estudi i el treball de la biografia de la persona, l'elaboració de mapes bàsics, fulls de ruta personals i l'anàlisi conjunta de les preferències de la persona, per tal de conèixer les característiques personals, les necessitats i les expectatives de cadascú.

Una de les estratègies per conèixer la persona és a través del registre dels aspectes més importats i rellevants per a ella, els quals seran respectats per part de tota l'organització.

La persona decideix

Realitzem plans d'atenció i vida personalitzats i dissenyem activitats personalitzades.

L'objectiu és elaborar conjuntament amb la persona com vol que sigui el seu dia a dia habitual, i així percebi el centre com la seva llar i tingui satisfetes les seves expectatives vitals.

La implicació de la família i l'entorn

Assessorem i ajudem les famílies per tal de facilitar el procés d'integració al centre. Incorporem noves figures en el procés d'atenció personalitzades amb l'objectiu d'involucrar les persones properes (família, amics, veïns…) en el dia a dia de la persona gran i a l'hora de decidir la seva quotidianitat.

Impacte del model arquitectònic en la persona

Amb l'objectiu de fer més fàcil l'entrada al centre, és important fer petites modificacions de la distribució dels espais per crear un ambient més acollidor. Fins i tot es poden personalitzar els espais propis, com les habitacions, amb mobiliari propi, i fer que el centre es converteixi en la seva llar.

El repte és assolir les 10 característiques següents per identificar i presentar els centres com a serveis que treballen d'acord amb el model ACP:

- Reconèixer la *singularitat de cada persona* perquè rebi atenció personalitzada.
- *Organitzar* el centre de forma flexible. Les persones grans escullen i tenen control sobre la seva vida quotidiana.
- Proposar i *organitzar activitats agradables* i significatives per a les persones.
- Protegir la *intimitat* de les persones.
- Estimular i *afavorir la presència de familiars*, amics i persones voluntàries en les activitats de la vida diària.
- Facilitar el contacte amb el barri/poble i la *integració a la comunitat.*
- Proporcionar al centre un *ambient agradable i familiar.*
- *Mostrar un tracte sempre respectuós* dels nostres *professionals* a totes les persones.
- Demostrar gran *professionalitat i expertesa* en el tracte a *persones amb deteriorament cognitiu associat.*
- Assegurar la *seguretat de les persones* equilibrant-la amb el seu benestar emocional.

Però assolir aquests paradigmes no resulta fàcil, ja que en el dia a dia de la gestió dels centres hi ha un seguit de factors que poden resultar impediments en la voluntat d'implementar aquest tipus de model, com ara:

1. Els RH
2. L'estructura dels centres
3. L'encaix persona atesa - família
4. El finançament i la sostenibilitat dels centres
5. Les normatives que regulen els centres i els serveis
6. Les persones amb demència

1. RH; necessitem fidelitzar els nostres treballadors però…

La dificultat d'atraure i contractar personal és un dels principals problemes de la provisió de serveis. Les causes de la falta de personal són:

- Els *sous* del sector són poc atractius, especialment als centres amb conveni de serveis socials.
- El reconeixement i el *prestigi* social d'aquest tipus de feina és molt baix.
- El *treball* a fer pot ser, en determinades circumstàncies, molt dur, tant físicament com psicològicament.

Aquestes causes provoquen també que la *rotació de personal* sigui molt elevada. En els últims anys s'han fet esforços significatius per augmentar el nivell professional del sector.

Malgrat tot, hi ha encara algunes dificultats:

- L'elevat nivell de rotació *dificulta consolidar els esforços de formació* de les empreses.
- Les empreses destinen pocs recursos i donen poc valor a la formació continuada, i el treballador s'implica amb molta dificultat a les accions formatives.
- En els perfils menys especialitzats (auxiliars) *el nivell professional* és encara millorable.
- *L'increment de persones vingudes d'altres països,* com a força de treball d'aquest sector, requereix augmentar els esforços en la formació d'aquest col·lectiu.

D'altra banda, l'absentisme és elevat, atès que:

- Una part significativa de professionals són *dones joves*, i per tant, amb necessitat de períodes de baixa per *maternitat*. D'altra banda, el mateix sector i l'activitat dificulta una conciliació real de la vida laboral i familiar, ja que l'activitat mereix una atenció continuada que limita les possibilitats d'adaptacions més flexibles.
- Les tasques assistencials estan dotades d'una alta càrrega física i psicològica.

- Als centres més antics, una part del personal supera els 40 anys, fet que suposa un increment en les *baixes*.

Els centres residencials són estructures on persones atenem persones. D'aquí ve que, essent aquest el principal actiu de les organitzacions, es duguin esforços importants (econòmics i personals) a consolidar els processos de reclutament, selecció, adaptació al lloc de treball, fidelització, protecció i reconeixement dels treballadors per evitar aquests factors negatius descrits anteriorment.

L'evolució de l'economia, la ubicació de la residència i, en definitiva, el mercat laboral determina la qualitat i quantitat dels professionals.

2. L'estructura dels centres actuals dificulta la implementació del model

El model de construcció residencial actual "hospitalari" l'integren centres cada cop més grans, tot i que es poden proveir d'unitats funcionals (d'internament) més reduïdes (entre 30-40 persones) i amb tots els serveis integrats. Aquests establiments, ben vàlids per a persones amb dependència greu, no assegura el fet de "viure com a casa".

Hem de saber trobar un model de residència on les persones grans s'hi trobin bé i puguin viure un envelliment actiu, independentment de la seva dependència present i futura.

Aquest model podria ser el *housing* (més estès a Centreeuropa, als països nòrdics o al País Basc). Algun centre com el de Sant Hilari Sacalm (SUMAR) reflecteix aquest entorn molt més afavoridor.

Aquest model promou la convivència de persones (no malalts o residents o ingressats…) dels quals cal saber què volen fer i com volen viure. Òbviament, tenint una cura i seguiment de tots els aspectes que conformen la vellesa.

Com podem encaixar des del punt de vista estructural aquest model? Es tracta de dissenyar unitats encara més petites, formades per veritables unitats "de convivència" (ara hi ha unitats d'internament on s'agrupen persones amb perfils d'assistència similars, però no per interessos o afinitats) pensades per a entre vuit i quinze residents. Els dormitoris poden ser individuals o dobles, amb bany propi o amb bany compartit, però la diferència fonamental, a banda de la dimensió, és el fet que les

unitats tenen una sala d'estar-menjador, però també un *office*-cuina, un safareig i altres espais com ara galeries, terrasses, petits magatzems, etc.

En definitiva (segons proposta de Batllori &Trepat Arquitectes. Arquitectura per a gent Gran), serien com cases o pisos grans per a un màxim de quinze persones que podríem qualificar d'habitatges col-lectius tutelats. Evidentment, per aconseguir la sostenibilitat necessària per gestionar de forma correcta centres d'aquestes característiques no n'hi ha prou amb tres o quatre unitats, sinó que n'han de tenir entre vuit i dotze.

Res té a veure aquesta dotació estructural amb els centres projectats durant les últimes dècades, més de tipus hospitalari, de grans passadissos, espais comunitaris i menjadors, tot molt impersonal.

3. El paper clau de la família i el seu encaix en l'atenció personal

Encaixar les perspectives i expectatives de la família, de la persona resident i del centres és molt complicat. Per definició, la persona s'incorpora al centre per voluntat i decisió pròpia (i això ha de ser així, si no és que hi ha un motiu d'incapacitació en què s'insten altres procediments més complexos), però en general la persona que acudeix a un centre residencial no ho fa gairebé mai de forma voluntària sinó empesa per la decisió de la família.

Apareixen un seguit de qüestionaments que dificulten la pràctica d'una assistència coherent amb el model. Alguns són del tipus:

- ¿Per què una persona entra al centre com a "ciutadà" autònom i independent i a partir de l'ingrés el paper de la família és tan determinant?
- La família deixa decidir la persona?

  La persona pot viure sola a casa, fet que implícitament condiciona que pren les millors decisions segons les seves voluntats. La família tolera aquestes actituds (que poden ser sobre hàbits dietètics, de descans i activitats, de presa de la mediació…), però en el moment en què la persona s'incorpora al centre, la família exerceix un control ferri de la seva evolució

i decideix sobre aspectes que poden ser disconformes amb la voluntat expressada per la persona, de manera que corre el risc d'erigir-se (sense necessitat) com el faran de l'atenció de la persona al centre.

- Posem la persona al davant de la família o a l'inrevés?
- ¿Qui considerem que és el nostre "client" i, per tant, a qui considerem que ens devem?

  El centre es troba al mig de les voluntats de la persona (a les quals segons el model d'intervenció s'ha de fer cas) i les voluntats i interessos de la família (que sovint és qui controla els pagaments del centre, exerceix pressió assistencial al centre, efectua queixes i reclamacions…). L'equilibri entre els interessos de les dues parts no és fàcil de gestionar.
- ¿I si la persona pren decisions contràries a les voluntats/interessos de la família?
- ¿I si la persona expressa necessitats i desitjos (per exemple, en el marc de la sexoafectivitat) contraris als plantejaments dels seus familiars?

  El centre ofereix espais d'intimitat i habilita les persones per a la presa de decisions personals en el marc de la seva vida. No obstant això, hi ha moltes decisions que poden no ser compartides o emparades (o fins hi tot clarament rebutjades) per la família.
- Com influeix l'aparició del deteriorament cognitiu?

Els elements que utilitzem per afavorir aquest encaix són:

1. Grups de suport per a la persona en la presa de decisions per acompanyar-la en la presa d'algunes decisions juntament amb familiars i/o amics. El professional referent serà el responsable de coordinar aquestes accions, que tenen com a objectius:

- Acompanyar la persona gran a prendre decisions de la seva vida quotidiana.
  - Donar suport a l'autodeterminació de la persona gran.
  - Arribar a un consens sobre el seu pla d'atenció i vida.

2. Reunions amb les famílies, que com a elements primordials per al benestar de la persona que viu en una residència han de poder seguir participant en les activitats de la vida diària i en altres activitats significatives per a elles. Tenen com a objectius:
   - Oferir un espai de suport a les famílies.
   - Crear un espai individual de proximitat per a totes les famílies.
   - Donar a conèixer temes organitzatius de la residència.
   - Donar a conèixer les vies de participació de les famílies.
   - Facilitar la possibilitat de participar en el dia a dia de la residència.
3. Espai d'orientació, assessorament i/o suport individualitzat de trobades amb un professional especialitzat (segons necessitats) per tal d'ajudar i acompanyar les persones que viuen a la residència i les seves famílies davant situacions complexes del dia a dia. Té com a objectiu:
   - Oferir un espai de suport i orientació per la persona gran i els seus familiars.
   - Oferir un espai d'escolta.
   - Ajudar a comprendre les situacions viscudes.

4. El finançament i la sostenibilitat dels centres

La gestió pràctica d'un centre d'aquestes característiques, que sigui amable amb el resident, que disposi dels recursos humans adequats i motivats i amb tots els equipaments necessaris, és complex. Els punts més crítics són:

- Les tarifes públiques són baixes; mitjana residencial de 19.468€/any (estables des del 2010, amb només un increment del 3,5% del Grau II aquest 2017.) i de 7.500€ per a CD (des de 2010). (*informe ACRA 2017*)
- Les tarifes privades ofereixen una gran variabilitat en funció de la política de l'empresa, el tipus de centre, equipament i serveis, la ubicació i l'oferta versus la demanda.
- Els costos d'explotació del centres són cada cop més elevats, xifrat en un increment d'un 10% en el mateix període (*informe ACRA 2017*) . El pes del cost del RH és molt alt, l'amortització dels equipaments és a molt llarg termini o els lloguers s'han incrementat i altres despeses de manteniments, subministraments o alimentació també han anat pujant.
- La demanda progressiva de nous i millors serveis, l'especialització, les polítiques de fidelització dels RH (amb retribucions insuficients però per sobre dels convenis) també te un cost cada cop més elevat.

El preu de la residència, pels serveis que ofereix no és elevat, car, però si que és molt costos assumir-ho pern una persona o estructura familiar convencional.

5. Les normatives que regulen els centres i serveis

Els serveis residencials estan fortament regulat, fet que deixa mot poc espai per a la diferenciació. Enteses com a mesures que han de garantir l'equitat i la qualitat del servei per a totes les persones que en són usuaris, aquest excessiu intervencionisme impedeix el disseny de nous serveis amb característiques diferents. Algunes de les normes d'aplicació al àmbit residencial són:

- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials
- Llei 16/1996 d'inspecció de serveis socials de Catalunya
- Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials Modificat pel Decret 176/2000
- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia
- Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de serveis socials 2010-2011
- Ordre BSF/35/2014, de 20 de febrer, per la qual s'actualitzen els criteris funcionals dels serveis dels centres residencials per a gent gran de la Cartera de serveis socials. (ràtios de cobertura professionals)
- Decret 205/2015, de 15 de setembre, del règim d'autorització administrativa i de comunicació prèvia dels serveis socials i del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials

La quantitat de normes provoquen:

- Un sistema residencial basat en una cartera de serveis i normatives de funcionament, autorització i acreditació poc actualitzades.
- Un sistema d'avaluació enfocat als punts de partida més que no pas en la planificació d'objectius quantitatius i/o qualitatius.
- Alt component de regulació (de recursos estructurals, materials i humans).
- Alt component d'inspecció i fiscalització del servei bàsic.

6. Les persones amb demència

Una gran part de les persones usuàries presenten alteracions de les funcions cognitives (amb més o menys severitat). Aquesta dada argumenta la necessitat d'establir estratègies concretes d'intervenció per a aquestes persones, altament individualitzades, per tal de poder millorar i fer més còmoda la vida d'aquestes persones i la dels seus familiars.

La demència és un problema molt important que genera molt de *dolor i angoixa.* No obstant això, amb l'aplicació d'un enfocament de l'atenció més centrat en les persones s'aconsegueix evitar bona part d'aquest patiment. Creiem que les persones amb demència no necessàriament han de patir. La majoria de les vegades pateixen perquè se les atén d'una manera que perjudica la seva persona; per això, amb una proposta d'enfocament diferent, més especialitzat, podem incrementar el seu benestar.

Dins d'aquest marc de referència, una bona estratègia és treballar sota els principis del *Dementia Care Mapping (DCM)*, dissenyat de forma específica per utilitzar-lo com a part del procés de millora progressiva de la qualitat de l'atenció centrada en les persones. A través d'un procés de preparació i d'informació, el personal va rebent els mitjans necessaris per considerar l'atenció des del punt de vista de la persona amb demència.

Amb el DCM podem conèixer el nivell de benestar o malestar de les persones afectades de demència i és una manera molt útil d'ajudar els professionals de l'atenció sanitària i social a avaluar la qualitat de l'atenció que s'ofereix. Aquest nivell relatiu l'experimenta cada participant i es determina a través de l'observació directa.

EL DCM pot utilitzar-se en el seguiment dels canvis i pot funcionar com a reforç positiu en el progressiu desenvolupament de l'atenció centrada en la persona.

L'objectiu general del DCM és *avaluar i millorar la qualitat de l'atenció que es proporciona a les persones amb demència.*

Les persones amb demència han de tenir les mateixes oportunitats d'envellir sota els paràmetres de l'ACP, malgrat les evidents dificultats per a la comunicació.

Als centres s'estructuren models complementaris d'intervenció per a persones amb demència que connecten amb l'ACP, com són els mètodes de validació, l'estimulació basal o els programes d'estimulació multisensorial.

Tanmateix, hi ha tot un seguit d'instruments jurídics (es pot revisar de forma ràpida a la guia *15 instruments jurídics per protegir els nostres drets*, Ajuntament de Barcelona) que ens permeten decidir com volem viure, com volem ser atesos quan patim algun tipus de dependència i per qui volem ser atesos:

- Document de voluntats anticipades
- Delació voluntària (autotutela)
- Poder preventiu
- L'assistent
- Modificació de la capacitat (incapacitació)
- Testament
- Donació
- Previsions patrimonials
- Contracte d'aliments
- Deure d'aliments entre parents
- Relacions convivencials d'ajuda mútua
- Acolliment de persones grans
- Supressió de barreres arquitectòniques a l'habitatge
- Denúncia d'assetjament immobiliari
- Sol·licitud d'ordre de protecció de víctimes

CÀTEDRA D'INCLUSIÓ SOCIAL
Universitat Rovira i Virgili

La col·lecció Quaderns per a la Inclusió Social pretén ser el vehicle periòdic d'anàlisi i de reflexió-formació vers temes que en aquests temps ocupen i preocupen la societat: la vulnerabilitat i l'augment de riscos socials. Des d'aquestes pàgines s'aporten respostes i propostes per millorar i optimitzar els processos i mètodes d'intervenció social, així com identificar problemàtiques en funció de l'entorn per aportar-hi coneixement i pensament a un objectiu específic: el manteniment i l'enfortiment de la cohesió social.

XARXA SANTA TECLA
Sanitària i Social
A TARRAGONA DES DE 1171

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

[publicacions] urv